ANNEXE C : Modèle du formulaire de demande de nouvelle prolongation

Formulaire de demande de nouvelle prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ritlecitinib inscrite au §14160000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement :

Je, soussigné, médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, expérimenté dans le traitement de la pelade, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà bénéficié d'une première période de remboursement pour cette spécialité et que le traitement avec celle-ci s'est avéré efficace en se basant sur les critères SALT (obtenir un score SALT < 20) ou une repousse des cheveux sur plus de 80 % du cuir chevelu.

Je m'engage à documenter, y compris photographiquement les aspects cliniques qui ont conduit à des signes de bénéficie thérapeutique et à les conserver dans le dossier du bénéficiaire.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve prouvant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

Je demande le remboursement d'une dose journalière de 50 mg une fois par jour.

Je m'engage à envisager d'interrompre le traitement chez les bénéficiaires qui sont en rémission clinique, si cela est cliniquement possible et à continuer à suivre le bénéficiaire pour assurer un diagnostic rapide des signes de récidive.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec des spécialités pharmaceutiques à base d'un autre anticorps monoclonal humain anti IL-13 et/ ou IL-4 (Cat. B-305) ou avec un autre inhibiteur de JAK (Cat. B-255) n'est jamais autorisé pour cette indication.

Sur base de ces éléments, je confirme que la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique concernée est nécessaire pour ce bénéficiaire pendant une période maximale de 48 semaines avec un maximum de 18 000mg.

III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) .... (signature du médecin)