ANNEXE D : Modèle du formulaire de demande pour des bénéficiaires sous un traitement par une spécialité à base de ritlecitinib non remboursé.

Formulaire de demande de première 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. Cette procédure n'est possible qu'une seule fois pendant une période transitoire jusqu'au 30/04/2027 pour le paragraphe actuel §14160000 du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté du 1er 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, déclare que le bénéficiaire suit un traitement par une spécialité à base de ritlecitinib sans remboursement et que le bénéficiaire remplissait à l'initiation du traitement toutes les conditions figurant au point a) du §14160000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1ier février 2018. J'atteste que le traitement avec celle-ci s'est avéré efficace.

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 une période maximale de 16 semaines avec un maximum de 6 000mg est nécessaire (chez le bénéficiaire traité avec ritlecitinib pendant au moins 36 semaines et moins de 52 semaines).

OU

- Une période maximale de 48 semaines avec un maximum de 18 000mg est nécessaire (chez le bénéficiaire traité avec ritlecitinib pendant au moins 52 semaines).

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

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.11.2026