

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'etanercept inscrite au § 3510000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermato-vénérologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 3510000) pendant au moins 24 semaines pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère.

☐ Le bénéficiaire est sous traitement continu

☐ le bénéficiaire a arrêté le traitement pendant (nombre) semaines et doit être retraité

de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /

UU maximum 2 conditionnements autorisés de (nom de la spécialité à base d'éтанercept
inscrite au § 3510000) 12 x 50 mg

Je m'engage également, lorsque ce bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point h) du § 3510000 du chapitre IV de l'annexe I de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018.

--

(signature du médecin)