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
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation chez l'O.A.):
(prénom)
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie:
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'ur traitement avec la spécialité
J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 24 semaines et ensuite après chaque nouvelle période de maximum 24 semaines par une diminution du score PASI d'au moins 50%, par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement. ⊔ Le bénéficiaire est sous traitement continu
OU
⊔ le bénéficiaire a arrêté le traitement pendant ⊔⊔⊔ (nombre) semaines et doit être retraité
De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité susvisée pour une nouvelle période de traitement de 24 semaines. Je sollicite pour ce bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 24 semaines est mentionné ci-dessous, compte tenu :
de la date présumée de début de la prolongation du traitement : பப/பப/பபப
⊔⊔ maximum 12 conditionnements autorisés de
u⊔ maximum 6 conditionnements autorisés de
ou ⊔⊔ maximum 2 conditionnements autorisés de
En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.
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 de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.
III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :
1

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'etanercept inscrite au § 3510000 du

Annexe B: Formulaire de demande de renouvellement:

(cachet)

(signature du médecin)