

ANNEXE C : Demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 200mg pour asthme sévère cortico-indépendant associé à une inflammation de type 2 (§12140000 chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. 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 en pneumologie pour les bénéficiaires âgés de 12 ans ou plus ou le pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans:

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 12 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de dupilumab 200mg, pendant au moins 6 mois pour le traitement de l'asthme sévère cortico-indépendant associé à une inflammation de type 2.

Le traitement par la spécialité à base de dupilumab 200mg ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme répondeurs, c'est-à-dire des bénéficiaires avec exacerbations répétées avant le traitement avec la spécialité à base de dupilumab 200mg avec une diminution cliniquement significative de ces exacerbations pendant les 6 premiers mois de traitement, et maintien de cet effet (diminution de moitié des exacerbations dans l'année suivant l'initiation du traitement, et les années suivantes, en comparaison de l'année précédant le traitement), ET.

J'atteste que ce bénéficiaire est un répondeur, comme il en ressort des éléments suivants:

	<i>Durant les 12 mois précédant l'instauration de la spécialité à base de dupilumab</i>	<i>Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de dupilumab</i>
Nombre d'exacerbations sévères*		

* Une exacerbation est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant une corticothérapie systémique d'au moins trois jours (pour les bénéficiaires non cortico-dépendants) et/ou une visite aux services d'urgences et/ou une hospitalisation

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 1 conditionnement de 2 seringues/stylos préremplis et de 4 conditionnements de 6 seringues/stylos préremplis de la spécialité à base de dupilumab 200mg pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

III - Identification du médecin spécialiste en pneumologie pour les bénéficiaires âgés de 12 ans ou plus ou du pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)
_____ (prénom)
[1] - _____ - [] - [] (n° INAMI)
[] / [] / [] (date)

[] (cachet) (signature du médecin)