<u>ANNEXE C :</u> Modèle de formulaire de demande d'une reprise unique du traitement de la spécialité pharmaceutique à base d'omaluzimab

Formulaire de demande de remboursement d'une reprise unique du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base d'omaluzimab pour le traitement de l'urticaire chronique spontanée (§7500000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :</u>

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

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

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

<u>II – Première demande :</u>

Je soussigné, médecin traitant et médecin spécialiste en dermatologie ou médecine interne, déclare que le bénéficiaire suscité souffre d'urticaire chronique spontanée et remplit en même temps toutes les conditions énoncées au point e) du §7500000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

<u>J'atteste que :</u>

- ☐ Le bénéficiaire ci-dessus a déjà été traité par la spécialité concernée.
  - Date d'arrêt du traitement par la spécialité concernée: ␣␣ / ␣␣ / ␣␣␣␣ (date)
- ☐ Le traitement antérieur par la spécialité concernée était efficace, défini par une diminution du score UAS-7 d'au moins 10 points par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement par la spécialité concernée.
- ☐ Après l'arrêt de ce traitement par cette spécialité, une rechute a été observée. La reprise du traitement par la spécialité concernée est nécessaire.
- ☐ Le bénéficiaire présente un score d'activité d'urticaire réalisé par 7 scores quotidiens (UAS-7 score) de ≥ 16 points, sur une échelle UAS-7 allant de 0 jusqu'à 42 points, malgré un traitement par un antihistaminique H1 de choix à la dose journalière autorisée la plus élevée possible :

  UAS-7 score : ␣␣ points (≥ 16)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les justificatifs attestant que l'ayant droit concerné se trouve dans la situation indiquée.

Sur cette base, je confirme que le remboursement est nécessaire pour le bénéficiaire pour une reprise unique du traitement avec la spécialité concernée pour une durée maximale de 6 mois. Je prends en compte la dose remboursable de 300 mg toutes les 4 semaines.

<u>III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

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

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

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