<u>ANNEXE A :</u> première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de benralizumab inscrite au § 9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 ^{er} février 2018
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.) :
(nom)
(numéro d'affiliation)
II- Eléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie :
Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'asthme sévère à éosinophiles et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou b) du § 9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 ^{er} février 2018.
Le bénéficiaire n'a jamais reçu de traitement par cette spécialité et répond à au moins une des conditions suivantes :
Au moins 2 hospitalisations ou 2 traitements au service des urgences pour asthme sévère durant les 12 derniers mois.
Au moins deux exacerbations d'asthme documentées durant les 12 derniers mois. 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.
Ētre cortico-dépendant. Un bénéficiaire cortico-dépendant est un bénéficiaire traité avec des corticosteroides oraux à la dose quotidienne de 4 mg de methylprednisolone ou plus, ou 5 mg de prednisolone ou plus depuis au moins 6 mois pour les adultes.
Le bénéficiaire est âgé de 18 ans ou plus et a déjà été traité par cette spécialité dans le cadre des études cliniques ou est traité par anticorps monoclonal pour l'asthme pour lequel un switch vers benralizumab est envisagé.
J'atteste que je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 ^{er} février 2018, et que toutes les rubriques ont été complétées et signées avant l'instauration du traitement. En outre, je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.
Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 5 conditionnements de cette spécialité pour assurer les 6 premiers mois de traitement.
III - Identification du médecin-spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
(nom)
(prénom)
_1 (n° INAMI)
/ (date)
(cachet) (signature du médecin)