

ANNEXE C : demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de benralizumab (§9410000 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)
 (prénom)
 (numéro d'affiliation)

II- Eléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'asthme sévère à éosinophiles, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

Le traitement par cette spécialité ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme **répondeurs**, c'est-à-dire répondant à **au moins une** des conditions suivantes :

- Bénéficiaires avec exacerbations répétées avant le traitement avec cette spécialité : 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).
- Bénéficiaires cortico-dépendants avant le traitement par cette spécialité : diminution d'au moins 50% des doses quotidiennes de corticostéroïdes oraux pendant les 6 premiers mois de traitement avec cette spécialité, en comparaison des doses utilisées avant le traitement, et maintien de cet effet.

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

	<i>Durant les 12 mois précédant l'instauration de cette spécialité.</i>	<i>Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec cette spécialité.</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

	<i>Au moment de l'instauration de cette spécialité</i>	<i>Au moment de la demande de prolongation</i>
Corticoïdes systémiques (médicament + mg/j)		
Date/...../...../...../.....

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 7 conditionnements de cette spécialité pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

III - Identification du médecin-spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)
 (prénom)
 - - - (n° INAMI)
 / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)