ANNEXE C : demande de prolongation de remboursement de la spécialité à base de benralizumab (§9410000 chapitre IV de 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:

Je soussigné, certifie que le patient 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 l'A.R. du 1 février 2018.

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

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

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

	Durant les 12 mois précédant l'instauration de la spécialité à base de benralizumab	*Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de benralizumab*
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 patients non cortico-dépendants) et/ou une visite aux services d'urgences et/ou une hospitalisation*

	Au moment de l'instauration de la spécialité à base de benralizumab	*Au moment de la demande de prolongation*
Corticoïdes systémiques (médicament + mg/j)		
Date	……./……./…….	……./……./…….

Je sollicite dès lors pour mon patient le remboursement de maximum 7 conditionnements de la spécialité à base de benralizumab 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)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)