

ANNEXE A : première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tezepelumab (§ 12490000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 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 âgé d'au moins de 18 ans, mentionné ci-dessus est atteint d'asthme sévère associé à une inflammation de type 2, et remplit simultanément les conditions fixées sous le point a) ou a') du §12490000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

- Le bénéficiaire n'a jamais reçu de traitement par une spécialité à base de tezepelumab 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
 - être cortico-dépendant, définis comme un bénéficiaire qui est traité avec des corticostéroïdes oraux à la dose quotidienne de 4 mg de méthylprednisolone ou plus, ou 5 mg de prednisolone ou plus depuis au moins 6 mois pour les adultes
- Le bénéficiaire présente au moment de l'instauration du traitement avec la spécialité à base de tezepelumab et à un moment au cours des 12 mois précédant l'instauration du traitement avec la spécialité à base de tezepelumab un taux sanguin d'au moins 150 éosinophiles/ μ L, en combinaison avec une concentration de FeNO d'au moins de 25ppb.

OU

- Le bénéficiaire a déjà été traité par une spécialité non-remboursable à base de tezepelumab ou a déjà été traité par un traitement monoclonale pour l'asthme, et remplissait toutes les critères du point a) du § 12490000 avant le début du traitement

J'atteste que je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 12490000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er 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 le bénéficiaire se trouvait dans la situation attestée.

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 7 seringues préremplies de la spécialité à base de tezepelumab de 210 mg, pour assurer les 6 premiers mois de traitement.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)