

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité ENBREL pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte (§ 3510000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermato-vénérologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ENBREL pendant au moins 24 semaines pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 24 semaines et ensuite après chaque nouvelle période de maximum 24 semaines, par une diminution du score PASI d'au moins 50%, par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement.

☐ Le patient est sous traitement continu

OU

☐ le patient a arrêté le traitement pendant (nombre) semaines et doit être retraité

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ENBREL pour une nouvelle période de traitement de 24 semaines. Je sollicite pour ce patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 24 semaines est mentionné ci-dessous, compte tenu :

de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /

□□ conditionnements d'Enbrel 4 x 25 mg (maximum 12 conditionnements autorisés)

Ou

☐☐ conditionnements d'Enbrel 4 x 50 mg (maximum 6 conditionnements autorisés)

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 3510000 du chapitre IV de l'annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001.

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

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

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

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

--	--

(cachet)

.....

(signature du médecin)