

ANNEXE C : Modèle de formulaire de demande de remboursement visant les situations de traitement antérieur non-remboursé de 24 semaines :

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non-remboursé de 24 semaines avec la spécialité ENBREL pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte (§ 351 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent § 351 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en dermatologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 17 ans, est atteint de psoriasis en plaque modéré à sévère. Ce patient a bénéficié auparavant d'un traitement non remboursé par ENBREL pendant au moins 24 semaines.

J'atteste qu'avant l'initiation de ce traitement non-remboursé, ce patient remplissait simultanément toutes les conditions figurant au point a) 2. du § 351 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, en l'occurrence les conditions relatives à une surface corporelle cutanée définie par un BSA >10% ou un PASI >10 malgré un traitement systémique adéquat ayant comporté, à moins d'une intolérance constatée et documentée ou d'une contre-indication existante et documentée pour ceux-ci, une PUVA-thérapie, du méthotrexate à une dose d'au moins 15 mg/semaine pendant au moins 3 mois, et de la cyclosporine à une dose d'au moins 2,5 mg/kg pendant au moins 2 mois.

J'atteste que ce traitement non remboursé de 24 semaines s'est montré efficace par une diminution, après 24 semaines, d'au moins 50% du score PASI par rapport à la valeur de départ.

J'atteste qu'il y a eu ensuite un arrêt du traitement par ENBREL, et qu'actuellement le patient est en phase de rechute, constaté sur base d'une perte de la moitié de l'amélioration de son score PASI entre le début du traitement et la 24^{ème} semaine.

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

(nom)

(prénom)

(N° INAMI)

(Date)

1- - -

/ /



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)