<u>ANNEXE A:</u> Première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 300mg (§ 12680000 du chapitre IV de la liste joindre à l'A.R. du 1 février 2018).

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

<u>II - Eléments à attester par un médecin ORL ou un médecin spécialiste en pneumologie :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, médecin ORL reconnu ou spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans est atteint de CRSwNP sévère pour laquelle le traitement par corticostéroïdes par voie nasale ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou le point a') du § 12680000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

☐ Le bénéficiaire n'a jamais reçu de traitement par la spécialité à base de dupilumab 300mg et répond à :
Au moins une des 2 conditions suivantes :

- ☐ Avoir été traité par des corticostéroïdes systémiques au moins une fois au cours des deux dernières années **OU** présenter une contre-indication ou une intolérance aux corticostéroïdes systémiques.
- ☐ Avoir un diagnostic d'asthme comorbide.

ET

- Le bénéficiaire présente au moment de l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg ET/OU au cours des 12 mois précédant l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg un taux sanguin entre ≥150 et ≤300 éosinophiles/µL ET/OU avoir une éosinophilie tissulaire confirmée par analyse histologique.

J'atteste que je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du §12680000 du chapitre IV de la liste joindre de 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 1 conditionnement de 2 seringues/stylos pré-rempli(e)s et 2 conditionnements de 6 seringues/stylos pré-rempli(e)s de la spécialité à base de dupilumab 300mg pour assurer les 6 premiers mois de traitement.

<u>III – Identification du médecin ORL ou médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :</u>

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)