

ANNEXE C : Demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 300mg pour la polyposse naso-sinusienne associée à une inflammation de type 2 (§ 12680000 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 un médecin ORL ou un médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de dupilumab 300mg, pendant au moins 6 mois pour le traitement de la CRSwNP, pour laquelle le traitement par des corticostéroïdes par voie nasale ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie.

Le traitement par la spécialité à base de dupilumab 300mg ne peut être continué que chez les patients considérés comme répondeurs, c'est-à-dire :

- Les bénéficiaires avec une diminution de la taille des polypes (vérifiée par examen endoscopique), soit évaluée par une diminution d'au moins 1 point du score des polypes nasaux, soit documentée de manière photographique, schématique ou descriptive, au cours des 6 premiers mois de traitement par rapport à la taille des polypes au début du traitement, et maintien de cet effet.
- Les bénéficiaires avec une amélioration cliniquement significative de l'odorat et/ou de l'obstruction nasale, évaluée par une diminution d'au moins 1 point du score de congestion nasale, au cours des 6 premiers mois de traitement par rapport au début du traitement, et maintien de cet effet.

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

	Durant les 12 mois précédant l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg	Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de dupilumab 300mg
Score de polypes nasaux		
Date	/...../.....	/...../.....

	Durant les 12 mois précédant l'instauration du traitement avec la spécialité à base de dupilumab 300mg	Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de dupilumab 300mg
Score de congestion nasale		
Date	/...../.....	/...../.....

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 1 conditionnement de 2 stylos/seringues prérempli(e)s et de 4 conditionnements de 6 stylos/seringues prérempli(e)s de la spécialité à base de dupilumab 300mg pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

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

	(nom)
	(prénom)
1	(n° INAMI)
	(date)

	(cachet)	
-------------	----------	-------

(signature du médecin)