ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de nitisinone (§ 11000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1ier février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

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

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

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

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste attaché à un Centre reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare:
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ……. ...……..
(mentionnez la spécialité) certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus est atteint d'alcaptonurie (AKU), génétiquement confirmé et remplit tous les critères du point a) du § 11000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1ier février 2018:

□ 1. **Il s'agit d'une première demande**
Le bénéficiaire n'a jamais été traité avec cette spécialité.

En annexe au présent formulaire de demande, je joins le résultat du test génétique d'AKU.

□ **2. Il s'agit d'une prolongation de la demande**
J'estime que le traitement avec cette spécialité doit être poursuivi, car le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une période de remboursement de cette spécialité sur base des conditions du § 11000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1ier février 2018. La période précédemment autorisée est arrivée à échéance.

Je constate que le bénéficiaire est suffisamment stabilisé par le traitement avec cette spécialité sur le plan clinique et qu'il présente une tolérance suffisante à cette spécialité.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que:

- Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic du bénéficiaire.
- Je m'engage à effectuer un bilan clinique annuel (détermination annuelle de l'HGA urinaire et détermination des taux plasmatiques de tyrosine).
- Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil tous les éléments de preuve qui confirme les données attestées.
- Je déclare que le bénéficiaire nécessite de recevoir pendant une période de 12 mois le remboursement d'un traitement avec cette spécialité et que la posologie maximale est de 10 mg par jour.
- Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de cette spécialité, 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 bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point e) du § 11000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

Par ailleurs, je déclare être conscient que le remboursement de cette spécialité s'arrêtera si le taux plasmatique de tyrosine ne diminue pas en dessous de 925 µmol/L.

3. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :

3.1. Je suis attaché depuis le ␣␣ / ␣␣ / ␣␣␣␣ au Centre mentionné ci-après, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare :
Le nom et l'adresse exacte de ce Centre sont les suivants: ……

……
……
……
……..

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - ⊔⊔⊔ - ⊔⊔
(je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce Centre, confirmant cette affectation)

3.2. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:
Nom et Prénom : ……..……...

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché:
7.10 - ⊔⊔⊔ - ⊔⊔ - ⊔⊔⊔
Adresse :……...……
……
……
……..

III **- Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :**

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

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

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

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

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