

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité à base de pegcetacoplan (§11960000 du chapitre IV de l'AR du 1 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 le médecin-spécialiste attaché à un centre d'hématologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu pour une compétence professionnelle particulière en hématologie clinique, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'une hémoglobinurie paroxystique nocturne et remplit toutes les conditions figurant au point a) du §11960000 du chapitre IV de la liste ajouté à l'AR du 1 février 2018 :

- Conditions relatives au diagnostic confirmé par cytométrie de flux présentant un clone de cellules souches hématopoïétiques (granulocytes, monocytes, érythrocytes) de type III $\geq 10\%$.
- Conditions relatives au fait que le bénéficiaire reste anémique ($Hb < 10,5g/dL$) malgré un traitement par un inhibiteur de C5 pendant au moins 3 mois.

En outre,

1. En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce bénéficiaire, j'atteste les éléments suivants :

a) Il s'agit d'un bénéficiaire atteint d'hémoglobinurie paroxystique nocturne, diagnostiquée par cytométrie de flux, présentant un clone de cellules souches hématopoïétiques (granulocytes, monocytes, érythrocytes) de type III $\geq 10\%$.

b) Il s'agit d'un bénéficiaire dans la situation clinique suivante :

- Le bénéficiaire reste anémique malgré un traitement par un inhibiteur de C5 d'une durée de mois (au moins 3 mois).

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

Je suis reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique selon l'arrêté ministériel du 18-10-2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique (en annexe du présent formulaire, je joins copie de ma reconnaissance de porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique).

Je suis attaché depuis le ____ / ____ / _____ à l'hôpital mentionné ci-après, qui est reconnu dans le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne :

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....
.....
.....

Et je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée, et mentionnant le nombre de bénéficiaires avec hémoglobinurie paroxystique pris en charge par son service au cours des 12 derniers mois.

3. 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 :
.....
.....

