ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de vosoritide, inscrite au §14120000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er 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 le médecin spécialiste :

Je soussigné, docteur en médecine :

☐ Spécialiste attaché à un Centre de Génétique Humaine ou de Diagnostic Moléculaire
☐ Spécialiste en pédiatrie attaché à un hôpital universitaire

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'achondroplasie.

☐ **Il s'agit d'une première demande de remboursement (période de max. 360 jours) :**

J'atteste que le bénéficiaire remplit simultanément les conditions suivantes :

- Le bénéficiaire est âgé d'au moins 4 mois.
- ET le bénéficiaire ne présente pas de fusion épiphysaire.
- ET le diagnostic d'achondroplasie a été confirmé par un test génétique approprié.

☐ **Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement (périodes de max. 360 jours) :**

J'atteste que ce bénéficiaire a déjà reçu le remboursement de cette spécialité sur base des conditions du §14120000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018, et j'atteste que la prolongation du traitement est médicalement justifiée chez ce bénéficiaire.

Je confirme que le traitement s'est montré efficace du fait d'une vitesse de croissance > ou = 1,5 cm/an.

Je m'engage à interrompre le traitement remboursé lorsqu'il est confirmé que la croissance n'est plus possible, comme en témoignent une vitesse de croissance < 1,5 cm/an et une fusion épiphysaire.

En outre, j'atteste tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve relatifs à la situation du bénéficiaire.

Sur base de ces éléments, je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de vosoritide pour une quantité maximale de 432 mg pendant une période maximale de 360 jours.

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

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)