

Je suis médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie ou médecin spécialiste en pédiatrie ayant une expertise en néphrologie.

Je suis attaché depuis le / / à l'hôpital mentionné ci-après :

Nom et adresse exacte de ce service hospitalier :
.....
.....

4. 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 :
.....
.....

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

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

- ☐ Il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire pas encore traité avec une spécialité sur base de pegcetacoplan.
- ☐ Il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire déjà traité avec une spécialité non-remboursable à base de pegcetacoplan avant le 01.10.2026 dans le cadre d'études cliniques/ d'un programme médical d'urgence/ d'une demande individuelle pour urgence médicale.
- ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation (*) de remboursement pour la spécialité sur base de pegcetacoplan, car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité à base de pegcetacoplan sur base des conditions du §14130000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité à base de pegcetacoplan doit être poursuivi.

(*) en annexe du présent formulaire, je joins un rapport médical détaillé décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (autres antécédents, examen clinique, nature du/des traitement(s) administré(s) précédemment et actuellement), la motivation pour débiter et/ou poursuivre le traitement proposé ainsi que l'ensemble des protocoles et des résultats des examens menés dans le cadre du diagnostic et/ou du suivi de l'efficacité du traitement, permettant de confirmer les éléments attestés au point II ci-dessus.

J'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité à base de pegcetacoplan à une posologie maximale de 1080 mg, deux fois par semaine en perfusion sous-cutanée, selon les recommandations de la posologie telle que reprise dans le RCP.

III - Identification du médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, ou médecin spécialiste en pédiatrie ayant une expertise en néphrologie, mentionné ci-dessus au point II :

(nom)

(prénom)

- - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)