



Ou

- Âge squelettique sur RX avec un retard d'au moins 1 an par rapport à l'âge du calendrier.

En ce qui concerne ma pratique :

Je suis attaché depuis le  /  /  au Centre mentionné ci-après, qui est agréé dans le cadre de la Convention de rééducation des bénéficiaires atteints d'une maladie métabolique monogénétique 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)

En ce qui concerne l'identification du 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 : .....  
.....

En outre, 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.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables est limité au nombre de flacons nécessaires pendant une période de 12 mois, conformément à la posologie indiquée dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique.

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 h) du § 12940000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

Sur base de tous ces éléments, je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'olipudase alfa pour une période de 12 mois :

- Il s'agit d'une première demande.
- Il s'agit d'une demande de remboursement pour une prolongation du traitement qui a été effectué avec des conditionnements non-remboursables de cette spécialité dans le cadre d'une étude clinique ou Medical Need Program (je joins en annexe un rapport médical d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement).
- Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour cette spécialité car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de cette spécialité sur base des conditions du § 12940000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec cette spécialité doit être poursuivi (je joins en annexe un rapport médical d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement) ;

Je confirme d'avoir connaissance que le remboursement de cette spécialité est arrêté si :

- Il y a une mauvaise compliance thérapeutique imputable au patient, notamment définie comme étant la répétition par deux fois du schéma posologique d'escalation suite à une non présentation aux séances de perfusion.
- Le traitement est jugé inefficace sur base des résultats des examens de suivi.

