ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de foslevodopa et de foscarbidopa (§12980000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation) :

| | | |

5. Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de la 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 f) du § 12980000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

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

⊔ (6.1) Il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement pour la spécialité.

⊔ (6.2) Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité, car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de 12 mois pour une posologie de maximum 1 flacon par jour de la spécialité sur base des conditions du § 12980000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, ou pour les bénéficiaires qui ont déjà été traités avec des conditionnements non-remboursables de cette spécialité pharmaceutique dans le cadre d'une étude clinique avant le DD.MM.AAAA et qui remplissaient les conditions mentionnées au point a) avant le début de ce traitement, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité doit être poursuivi. Je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement.

J'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité, avec une posologie de maximum 1 flacon par jour.

⊔ (6.3) Il s'agit d'un bénéficiaire qui a déjà obtenu le remboursement de la spécialité à une posologie d'un flacon par jour depuis au moins 3 mois sur base des conditions du § 12980000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, et j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir maintenant le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité, avec une posologie de maximum 2 flacons par jour. Je joins en annexe un rapport médical rédigé spécifiquement au sujet du bénéficiaire concerné, décrivant chronologiquement l'évolution récente de l'affection depuis l'instauration du traitement avec la spécialité, ainsi que les raisons motivant l'augmentation de posologie jusqu'à un maximum de 2 flacons par jour.

⊔ (6.4) Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité, car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de 12 mois pour une posologie exceptionnelle de maximum 2 flacons par jour de la spécialité à sur base des conditions du § 12980000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité à 2 flacons par jour doit être poursuivi. Je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement.

⊔ (6.5.) Il s'agit d'un bénéficiaire qui a déjà obtenu le remboursement d'une spécialité à base de la combinaison levodopa et carbidopa, ou d'une spécialité à base de la combinaison levodopa, carbidopa et entacapone à une posologie d'une cassette par jour sur base des conditions reprsises réspectivement au § 4060000 ou § 10910000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 et il s'agit d'une première demande de remboursement pour le traitement avec la spécialité à base de foslevodopa et de foscarbidopa. J'atteste également que le traitement avec la spécialité à base de foslevodopa et de foscarbidopa doit être poursuivi, car il est estimé que le bénéficiaire retirerait un bénéfice spécifique de ce traitement. Je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement et du changement de traitement vers la spécialité à base de foslevodopa et de foscarbidopa.

⊔ (6.6.) Il s'agit d'un bénéficiaire qui a déjà obtenu le remboursement d'une spécialité à base de la combinaison levodopa et carbidopa, ou d'une spécialité à base de la combinaison levodopa, carbidopa et entacapone à une posologie exceptionnelle de maximum 2 cassettes par jour sur base des conditions reprsises réspectivement au § 4060000 ou § 10910000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, et j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir maintenant le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de foslevodopa et de foscarbidopa, avec une posologie de maximum 2 flacons par jour, car le traitement doit être poursuivi et il est estimé que le bénéficiaire retirerait un bénéfice spécifique du traitement. Je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement et du changement de traitement vers la spécialité à base de foslevodopa et de foscarbidopa.

<u>III – Identification du médecin spécialiste en neurologie visé au point II ci-dessus :</u>

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)