ANNEXE A : modèle de formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er 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 responsable du traitement :

☐ **Il s'agit d'une première demande de remboursement :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus, est traité pour une polycythémie vraie répondant aux conditions suivantes :

- ☐ Avoir moins de 60 ans au début du traitement et nécessiter une thérapie cytoréductive en raison de (d'un historique de) complications thrombo-emboliques.
- ☐ **OU** Avoir moins de 60 ans au début du traitement et nécessiter une thérapie cytoréductive en raison de :
  - ☐ Symptômes incontrôlés de polycythémie vraie.

  ET/OU
  - ☐ Leucocytose progressive (> 15.000/microlitre).

  ET/OU
  - ☐ Thrombocytose (> 1000.000/microlitre).

  ET/OU
  - ☐ Intolérance à la phlébotomie.
- ☐ **OU** Avoir une contre-indication envers l'utilisation d'hydroxycarbamide, définie par :
  - Un (antécédent de) cancer de la peau non-mélanome.
  - **OU** des problèmes de cicatrisation.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.
Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060100 :

- Pour une première période de : ⊔⊔ semaines (maximum 78 semaines).
- Pour ⊔⊔ conditionnements de 1 x 250µg (maximum 78 conditionnements).

☐ **Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire se trouvait dans l'une des situations susmentionnées au moment de la première demande de remboursement.

Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce bénéficiaire, ceci étant démontré par une réponse hématologique adéquate, définie comme suit : hématocrite <45% sans saignée (au moins 1 mois depuis la dernière saignée).

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

Je demande pour ce bénéficiaire la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060100 :

- Pour une nouvelle période de ⊔⊔ semaines (maximum 52 semaines).
- Pour ⊔⊔ conditionnements de 1 X 250µg (maximum 52 conditionnements).

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

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

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

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

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

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.09.2024