

- Douleur thoracique.
- Ictère sclérale.
- Ou un bénéficiaire qui est cliniquement stable (LDH<1,5xLSN) sous traitement par un inhibiteur C5 pendant une période d'au moins 6 mois, tel que documenté dans le dossier médical.
- Il s'agit d'un bénéficiaire avec le poids corporel de :
 - > ou = 40kg à < 100kg
 - > ou = 100kg

2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :

Je suis reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique selon l'arrêté ministériel du 18-10-2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique (en annexe du présent formulaire, je joins copie de ma reconnaissance de porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique).

Je suis attaché depuis le / / à l'hôpital mentionné ci-après, qui est reconnu dans le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne :

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....

Et je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée, et mentionnant le nombre de bénéficiaires avec hémoglobinurie paroxystique pris en charge par le service au cours des 12 derniers mois.

3. 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 la spécialité sur base de crovalimab (je joins en annexe un rapport médical détaillé et le protocole de la cytométrie).
- Il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire ayant déjà été traités par une spécialité non-remboursable à base de crovalimab avant le 01.05.2025 dans le cadre des études cliniques (je joins en annexe un rapport médical détaillé et le protocole de la cytométrie).
- Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité sur base de crovalimab, car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité sur base de crovalimab sur base des conditions du § 13310000 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 crovalimab 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).

