<u>Annexe A :</u> Modèle du formulaire de demande.
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de chlorhydrate de fenfluramine (§13430000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):</u>

| | | |

□ **<u>Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement (périodes de max. 12 mois) :</u>**

J'atteste que ce bénéficiaire a déjà reçu le remboursement de cette spécialité sur base des conditions du §13430000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018, et j'atteste que la prolongation du traitement est médicalement justifiée chez ce bénéficiaire.

Je joins un rapport médical décrivant l'évolution de l'affection sous le traitement remboursé, démontrant la présence d'une réponse thérapeutique satisfaisante à la thérapie add-on avec cette spécialité.

Je confirme d'avoir connaissance que le remboursement de cette spécialité est arrêté si le développement cognitif du patient et/ou des troubles du comportement se dégradent, et/ou si le nombre de crises convulsives n'a pas diminué d'au moins de 25% par rapport au début du traitement.

<u>En ce qui concerne l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :</u>

Identification d'un pharmacien hospitalier de référence :
Nom et Prénom : ……..……..……

Numéro INAMI <u>de l'hôpital</u> 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 la posologie maximale remboursable est de 26 mg/jour .

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 f) du §13430000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Sur base de tous ces éléments, je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de chlorhydrate de fenfluramine pour une période de 12 mois.

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

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)