ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base d'iptacopan (§ 13580000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01 février 2018).			
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :			
(nom)			
II - Eléments à attester par le médecin-spécialiste :			
Je soussigné, médecin-spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'une glomérulopathie à dépôts de C3 (C3G) et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 13580000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01 février 2018.			
1. En ce qui concerne le diagnostic précis, la situation clinique et le traitement de ce bénéficiaire, j'atteste les éléments suivants :			
a) Le bénéficiaire susmentionné est atteint d'une glomérulopathie à dépôts de C3 (C3G), diagnostiquée sur base d'une biopsie rénale réalisée dans les 12 mois précédent la décision de commencer le traitement avec la spécialité à base d'iptacopan.			
b) Le bénéficiaire susmentionné se trouve dans la situation clinique suivante :			
□ Rapport Protéine Créatinine Urinaire (UPCR) > ou = 1.0 gr/gr.			
ET □ Concentration C3 diminuée < 77 mg/dL.			
ET □ Débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) > ou = 30 mL/min/1.73m².			
c) Le bénéficiaire susmentionné est traité avec une dose maximale tolérée d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) depuis une période minimale de 3 mois.			
2. En ce qui concerne le suivi biologique minimal sous traitement de ce bénéficiaire, j'atteste les éléments suivants :			
Le bénéficiaire susmentionné se trouve dans la situation clinique suivante :			
□ Rapport Protéine Créatinine Urinaire (UPCR) < 1.0 gr/gr et/ou une diminution > ou = 50% en comparaison de la valeur au moment du début de traitement par la spécialité à base d'iptacopan.			
□ Concentration C3 > 77 mg/dL.			
□ Débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) > ou = 30 mL/min/1.73m².			
3. En ce qui concerne ma pratique et l'identification de l'hôpital concerné :			
Je suis médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie. Je suis attaché depuis le பப / பப / பபபப à l'hôpital mentionné ci-après :			
Nom et adresse exacte de ce service hospitalier :			
4. 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 - பபப - பப - பபப 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 <u>première demande</u> (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire <u>pas encore traité</u> avec une spécialité sur base de iptacopan.
- ⊔ Il s'agit d'une <u>première demande</u> (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire <u>déjà traité avec une spécialité non-remboursable</u> à base de iptacopan avant le 01.11.2025 dans le cadre d'une demande individuelle pour urgence médicale.
- ⊔ Il s'agit d'une <u>demande de prolongation</u> (*) de remboursement pour la spécialité sur base d'iptacopan, car ce bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité à base d'iptacopan sur base des conditions du § 13580000 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 d'iptacopan doit être poursuivi.
- (*) en annexe du présent formulaire, je joins un rapport médical détaillé décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (autres antécédents, examen clinique, nature du/des traitement(s) administré(s) précédemment et actuellement), la motivation pour débuter et/ou poursuivre le traitement proposé ainsi que l'ensemble des protocoles et des résultats des examens menés dans le cadre du diagnostic et/ou du suivi de l'efficacité du traitement, permettant de confirmer les éléments attestés au point II ci-dessus.

J'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité à base d'iptacopan à une posologie maximale de 200 mg, à prendre par voie orale deux fois par jour, selon les recommandations de la posologie telle que reprise dans le RCP.

		ne interne, porteur du titre profe	essionnel particulier en néphrologie,
mentionné ci-dessus au point	<u>: II :</u>		
		(nom)	
		(prénom)	
1 - -	(n° INAMI)		
//	(date)		
	(cachet)		(signature du médecin)