

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).

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 une spécialité sur base de iptacopan.

☐ Il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement visant un bénéficiaire déjà traité avec une spécialité non-remboursable à base de iptacopan avant le 01.11.2025 dans le cadre d'une demande individuelle pour urgence médicale.

☐ Il s'agit d'une demande de prolongation (*) 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 débiter 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.

III - Identification du médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, mentionné ci-dessus au point II :

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)