

ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement standardisé pour une spécialité à base de facteur de coagulation VIII (§ 760000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'organisme assureur)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne, hématologie, pédiatrie ou hémato-oncologie pédiatrique :

Je soussigné docteur en médecine, spécialiste en

☐ médecine interne

☐ hématologie

☐ pédiatrie

☐ hémato-oncologie pédiatrique,

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions telles que décrites au point a) du § 760000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 en ce qui concerne le diagnostic de l'hémophilie A.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport médical annuel du bénéficiaire délivré par le centre mentionné ci-après, le cas échéant, ou le schéma de traitement établi par le centre mentionné ci-après.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'une spécialité inscrite au § 760000 pour une période de 24 mois.

Il s'agit d'une

☐ première demande

☐ prolongation

III - Identification du médecin-spécialiste en médecine interne, hématologie, pédiatrie ou hémato-oncologie pédiatrique responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI)

Je suis attaché au Centre mentionné ci-après, qui est un centre de référence de l'hémophilie dans le cadre de la convention 78981, ou le centre de coordination national de l'hémophilie, dans le cadre de la convention 78980:

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

.....

.....

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - ____ - ____.

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)