

**ANNEXE B : demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de phénylbutyrate de glycérol (§ 12000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018)**

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Éléments à attester par un médecin spécialiste attaché à un Centre reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en.....  
(mentionnez la spécialité) certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'une spécialité à base de phénylbutyrate de glycérol, pendant au moins 12 mois pour le traitement d'un des troubles du cycle de l'urée suivants et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) de § 12000000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

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.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables par an tient compte d'une posologie journalière maximale de 18,92 g/jour et que le nombre de conditionnements autorisés est limité à 252 conditionnements maximum de 25 ml et une concentration de 1,1 g/ml.

Le traitement par une spécialité à base de phénylbutyrate de glycérol ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme **répondeurs. Je confirme que le traitement a été efficace en raison d'une diminution notée du taux sanguin d'ammoniaque du bénéficiaire.**

Je sollicite alors pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre est nécessaire pour assurer les 12 mois de traitement.

**III - Identification du médecin-spécialiste (nom, prénom adresse, N° INAMI):**

Je suis attaché(e) au centre mentionné ci-dessous, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare:  
Le nom et l'adresse complète de ce centre sont les suivants:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin )