

ANNEXE A : modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de roxadustat inscrite au §12550000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement :

Il s'agit d'une première demande de remboursement :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en médecine interne, attaché à un centre de dialyse reconnu par l'INAMI et responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire (de plus de 18 ans) mentionné ci-dessus, est traité pour une anémie symptomatique consécutive à une insuffisance rénale chronique, plus spécifiquement dans l'une des situations suivantes :

- non-dépendant de la dialyse et non encore traité par ESA (Erythropoiesis-Stimulating Agent) ou après une interruption du traitement ESA pendant au moins 12 semaines ;

OU

- dépendant de la dialyse à domicile (dialyse péritonéale ou hémodialyse) et n'ayant pas encore été traité par ESA ou après une interruption du traitement par ESA pendant au moins 12 semaines ;

OU

- déjà traité par ESA et dont les taux d'hémoglobine cibles ne peuvent être atteints avec le traitement par ESA et qu'une conversion est indiquée ;

OU

- déjà traité par ESA et le bénéficiaire présente une contre-indication ou un effet indésirable grave et qu'une conversion est indiquée.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

Je m'engage à informer pleinement le bénéficiaire des stopping-rules du remboursement et également à arrêter le traitement remboursé si je constate qu'une augmentation cliniquement significative des taux d'Hb n'est pas atteinte après 24 semaines de traitement.

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique (nom de la spécialité pharmaceutique à base de roxadustat inscrite au §12550000) pour une première période de : □□ semaines (maximum 52 semaines) (maximum 3 doses par semaine avec un maximum absolu de 400mg de roxadustat par administration).

- Le bénéficiaire a déjà reçu un traitement avec une spécialité pharmaceutique à base de roxadustat, avant l'entrée en vigueur du remboursement de la spécialité à base de roxadustat, sur base des conditions du point a' du §12550000**

