<u>ANNEXE A</u> : Formulaire de demande de remboursement standardisé pour une spécialité pharmaceutique à base de marstacimab (§14000200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'organisme assureur) :</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

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

Je soussigné docteur en médecine, spécialiste en :

- ☐ Médecine interne.
- ☐ Hématologie.
- ☐ Pédiatrie.
- ☐ Hémato-oncologie pédiatrique.

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions décrites au point a) du §14000200 du Chapitre IV de la liste jointe à l'Arrêté royal du 1er février 2018, à savoir :

- ☐ Être âgé d'au moins 12 ans.
- ☐ Peser 35 kg ou plus.
- ☐ Être atteint d'hémophilie B sévère (FIX < 1 %) sans inhibiteurs du facteur IX.

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 §14000200 pour une période de 12 mois.

Il s'agit d'une :

- ☐ Première demande.
- ☐ Prolongation.

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

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 <u>convention</u> INAMI de ce Centre : 7.89 - ___-__.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)