

**Annexe A: Modèle du formulaire standardisé de première demande (à envoyer)**

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de saproptérine (§ 5640000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> 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**

**A – Demande:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ....., certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'une hyperphénylalaninémie héréditaire (HPA), et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 5640000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018:

- Conditions relatives au diagnostic sur base d'une concentration plasmatique élevée de phénylalanine ;
- Conditions relatives à l'âge, aux taux récents de phénylalanine et à l'âge auquel le diagnostic a été posé ;
- Conditions relatives au suivi d'un régime alimentaire à faible teneur en phénylalanine.

En outre, je confirme que ce bénéficiaire présentait une réponse (diminution des taux sanguins de phénylalanine de minimum 30%) après le test de confirmation de 4 semaines de traitement pendant lesquelles la dose maximale de 20 mg/kg/jour a été administrée, traitement délivré à titre gratuit par la firme.

**B – Attestation:**

En ce qui concerne ma pratique:

Je suis attaché depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au Centre mentionné ci-après, 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 exacte de ce Centre sont les suivants:

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

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(Je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce Centre, confirmant cette affectation.)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil le formulaire B avec la description clinique et les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 24 mois avec cette spécialité à une posologie maximale de 20 mg/kg/jour.

**III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

1-\_\_\_\_\_ (N° INAMI)

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

\_\_\_\_\_ (cachet)

..... (signature du médecin)