Annexe C: Modèle du formulaire standardisé de demande de prolongation (à envoyer)
Formulaire de demande de prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de saproptérine (§ 5640000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

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

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

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

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

II – Eléments 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:

Le bénéficiaire a déjà bénéficié du remboursement de cette ~~la~~ spécialité sur base du § 5640000 de l'A.R. du 1er février 2018.
Les dernières analyses qui ont été effectuées démontrent le maintien des taux de phénylalanine à une valeur qui est 30 % inférieure à celle d'avant le traitement avec cette spécialité.

J'estime que le traitement avec cette spécialité doit être poursuivi.

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 standardisé D 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)