

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

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité KUVAN (§ 5640000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

.....

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:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en, certifie que le patient 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 l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- 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 patient 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.

A cocher si d'application:

- ☐ mon patient a été traité avec des conditionnements non remboursés de KUVAN à la dose maximale de 20 mg/kg/jour avant l'entrée en vigueur du remboursement.
Je confirme le maintien des taux de phénylalanine à une valeur au moins 30 % inférieure à la valeur d'avant le traitement avec KUVAN.

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 mon patient se trouve dans la situation attestée.

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

III – Identification du médecin spécialiste :

..... (nom)

..... (prénom)

1-.....-.....-..... (N° INAMI)

..../..../..... (date)

.....
(cachet)

..... (signature du médecin)