

## **ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :**

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 6790300 ou au § 6790400 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

### **I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :**

.....

### **II – Eléments à attester par un médecin spécialiste responsable du traitement :**

☐ Neuropathie motrice multifocale (MMN):

Je soussigné, médecin spécialiste

☐ en neurologie

ou

☐ en neuropsychiatrie,

lié à un Centre de Référence Neuromusculaire (CRNM), certifie que toutes les conditions figurant au point a) 1 du § 6790300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 6790300) chez ce patient sont remplies :

- Conditions relatives à la perturbation des gestes de la vie quotidienne, dont les critères diagnostiques sont présents comme repris dans les recommandations les plus récentes du 'European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society' ;
- Condition relative à l'établissement du diagnostic dans un Centre de Référence Neuromusculaire (CRNM).

Je sais que pendant une première période de six mois, le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une quantité totale maximale de 2,0 g/kg/3 semaines, pour l'ensemble des cures de cette période, et que la cure initiale sera suivie si nécessaire de cures d'entretien dont la fréquence et la dose dépendent des signes cliniques de récurrence du déficit moteur. La dose totale maximale est de 2,0 g/kg/3 semaines. Je m'engage à utiliser la dose efficace la plus basse et un intervalle d'administration efficace le plus long possible.

Je sais aussi que le remboursement de la poursuite du traitement pour de nouvelles périodes de 6 mois et pour une dose maximale de 2 g/kg/3 semaines n'est remboursable que pour autant que soit réalisée au moins tous les six mois une nouvelle évaluation clinique faite dans un CRNM ou Centre de Référence Neuromusculaire.

Je sais également que le remboursement est limité à des périodes renouvelables de 6 mois maximales.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le protocole de l'examen électromyographique.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 6790300)

☐ pour une première période 6 mois de remboursement

☐ pour une prolongation de remboursement de 6 mois (la dernière évaluation clinique dans un CRNM a été réalisée le ...../...../.....).

☐ Polyradiculopathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP):

Je soussigné, médecin spécialiste

☐ en neurologie

ou

☐ en neuropsychiatrie,

lié à un Centre de Référence Neuromusculaire (CRNM), certifie que toutes conditions figurant au point a) 1 du § 6790400 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 6790400) chez ce patient sont remplies :

- Conditions relatives aux perturbations de la vie quotidienne modérées à sévères, dont les critères diagnostiques sont présents comme repris dans les recommandations les plus récentes du 'European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society' ;
- Condition relative à la constatation d'une contre-indication documentée à un traitement par voie orale à base de corticoïdes ;
- Condition relative à l'établissement du diagnostic dans un Centre de Référence Neuromusculaire (CRNM).

Je sais que pendant une première période de six mois, le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une quantité totale maximale de 2,0 g/kg/3 semaines, pour l'ensemble des cures de cette période, et que la cure initiale sera suivie si nécessaire de cures d'entretien dont la fréquence et la dose dépendent des signes cliniques de récurrence du déficit moteur. La dose totale maximale est de 2,0 g/kg/3 semaines. Je m'engage à utiliser la dose efficace la plus basse et un intervalle d'administration efficace le plus long possible.

Je sais aussi que le remboursement de la poursuite du traitement pour de nouvelles périodes de 6 mois et pour une dose maximale de 2 g/kg/3 semaines n'est remboursable que pour autant que soit réalisée au moins tous les six mois une nouvelle évaluation clinique faite dans un CRNM ou Centre de Référence Neuromusculaire.

Je sais également que le remboursement est limité à des périodes renouvelables de 6 mois maximales.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le protocole de l'examen électromyographique.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 6790400)

☐ pour une première période 6 mois de remboursement

☐ pour une prolongation de remboursement de 6 mois (la dernière évaluation clinique dans un CRNM a été réalisée le  /  / ).

### **III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

(nom)  
 (prénom)  
 1--- (N° INAMI)  
 /  /  (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)