

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de trientine (§10720000 du chapitre IV de la liste ajouté à l'A.R. 1^{er} Février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la maladie de Wilson :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement de la spécialité à base de trientine mentionnées au point a) du van §10720000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018.

Le bénéficiaire est atteint de la maladie de Wilson définie par :

- Un score est supérieur ou égal à 4 sur l'échelle des scores de Leipzig, échelle établie lors de la 8^{ème} réunion internationale sur la maladie de Wilson.
- Un test génétique montrant que le bénéficiaire souffre d'une mutation de l'ADN associée à la maladie de Wilson.

De plus, le bénéficiaire est intolérant à la pénicillamine et est âgée de 5 ans ou plus.

Première demande

Je déclare par la présente que je sais que la dose maximale remboursable est limitée à la dose maximale définie dans le Résumé des caractéristiques du produit officiel de la spécialité à base de trientine, soit 6,5 comprimés par jour en 2 à 4 prises. La première demande concerne une période de 6 mois.

Je m'engage à mettre à la disposition du médecin conseil les pièces justificatives qui prouvent que le bénéficiaire est dans la situation attestée.

Sur la base des éléments ci-dessus, je confirme que le remboursement de la spécialité à base de trientine est nécessaire pour ce bénéficiaire.

Demande de prolongation

Je déclare par la présente que je sais que la dose maximale remboursable est limitée à la dose maximale définie dans le Résumé des caractéristiques du produit officiel de la spécialité à base de trientine, soit 6,5 comprimés par jour en 2 à 4 prises.

Je m'engage à évaluer l'effet du traitement en vérifiant les taux de cuivre sériques, en effectuant des tests de la fonction hépatique et en évaluant les effets secondaires du traitement. Pour la première demande, cette évaluation a lieu après 6 mois. Pour les demandes d'extension ultérieures tous les 12 mois. Ceux-ci seront rapportés dans le dossier médical conservé pour ce bénéficiaire.

Je m'engage à mettre à la disposition du médecin conseil les pièces justificatives qui prouvent que le bénéficiaire est dans la situation attestée.

Sur la base des éléments ci-dessus, je confirme que le remboursement de la spécialité à base de trientine est nécessaire pour ce bénéficiaire.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)