

**DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS, ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ ET  
DECLARATION RELATIVE AU REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR DES MEMBRES ET DES  
EXPERTS EXTERNES DES COMMISSIONS DE LA COMMISSION DE REMBOURSEMENT DES  
MEDICAMENTS (CRM) VISEE A L ARTICLE 122quinquies-decies, § 2**

Ce document comporte deux parties, la Déclaration d'Intérêts et l'Engagement de Confidentialité. Les deux parties doivent être dûment complétées. **Toutes les pages doivent être signées et datées.** Si le document est complété à la main, veuillez vous assurer que les informations requises sont présentées clairement.

**DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS**

Je, soussigné, Professeur Xavier Stephenne

Organisation/Société                      Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL)

Adresse professionnelle

Adresse e-mail

<i>Commission de Remboursement des Médicaments</i>	<i>Membre</i>	<i>Expert externe</i>
Membre ou expert externe de la Commission de Remboursement des Médicaments	<input type="checkbox"/>	x

déclare par la présente sur l'honneur que, à ma connaissance, les seuls intérêts directs ou indirects que j'ai dans une institution ou entreprise quelconque dont les activités tombent sous les compétences de l'INAMI, sont indiqués ci-dessous :

*(Veuillez cocher une case par ligne, et spécifier l'institution ou l'entreprise et le nom du produit dans le cas d'un intérêt déclaré<sup>1</sup>. Si nécessaire, utilisez des feuilles supplémentaires datées et signées).*

SIGNATURE:

DATE: 18 janvier 2023

<sup>1</sup> Si vous cochez la moindre case dans la partie ombragée (intérêt déclaré), vous devez fournir des informations supplémentaires concernant l'institution/entreprise et les produits concernés en Page 2. Si vous déclarez un intérêt dans le Tableau 1 mais que vous ne fournissez pas les informations adéquates en Page 2, votre formulaire vous sera retourné pour être complété.

	Période d'activité	Institution/entreprise	Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous avez été consultant en ce qui concerne leur développement.	Indication thérapeutique - fins diagnostique ou thérapeutique
Consultant	2022-2023 2022-2023 2021  2020	Mirum Albireo Promethera Biosciences Bone therapeutics	Maralixibat Odevixibat Cell therapy  Cell therapy	Syndrome d'Alagille PFIC ACLF  ARDS

	Période d'activité	Institution/entreprise	Domaine d'activité / de produit	Indication thérapeutique - fins diagnostique ou thérapeutique
Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif, ou d'un groupe équivalent				

	Période d'activité	Institution/entreprise	Produits	Indication - fins diagnostique ou thérapeutique
Investigateur dans une étude clinique	2022	Unicyte	Stem cell therapy	Urea cycle disorder

SIGNATURE: .

DATE: 18 janvier 2023

DATE: 18 janvier 2023

## **DECLARATION RELATIVE AU REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR CONCERNANT LES CONFLITS D'INTERETS**

Je, soussigné, déclare par la présente que j'ai pris connaissance des dispositions prévues par le règlement d'ordre intérieur de la CRM et que je les respecterai.

Stephene

## **DECLARATION DE RENOUVELLEMENT**

Je, soussigné, m'engage à renouveler annuellement la déclaration publique d'intérêts, l'engagement de confidentialité et la déclaration relative au règlement d'ordre intérieur concernant les conflits d'intérêts.

Stephene

## **DECLARATION RELATIVE AU REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR CONCERNANT LES CONTACTS ENTRE LES MEMBRES DE LA CRM, LES EXPERTS EXTERNES DESIGNES ET LES DEMANDEURS**

Je, soussigné, déclare par la présente que j'ai pris connaissance des dispositions prévues par le règlement d'ordre intérieur de la CRM à l'article 20 bis et que je les respecterai.

SIGNATURE: Stephene

DATE: 18 janvier 2023