

### Informations sur le financement de votre association



Il est obligatoire de remplir la rubrique suivante pour que votre questionnaire soit pris en compte.

Souhaitez-vous que vos réponses à cette rubrique

vos

«Informations sur le financement de votre association» soient rendues publiques

(mise en ligne sur le site internet de l'INAMI) ?

Oui

Non



Vous devez remplir cette rubrique même si vous avez coché 'non' à la question ci-dessus. Votre décision sera respectée.

En termes de budget total de votre association, veuillez préciser ce budget total pour les années suivantes :

Budget total de l'association pour l'année N-3 : 11322 euros (1)

Budget total de l'association pour l'année N-2 : 1553 euros

Budget total de l'association pour l'année passée (N-1) : 1528 euros

Budget total de l'association pour l'année en cours (N) : 1460 euros

(1) Dont 10 000 pour la recherche robotique suite à un don exceptionnel de particulier en 2021

En matière de sources de financement, précisez chaque organisme (firmes pharmaceutiques, entreprises, institutions, fondations, etc.) et les montants sous-tendant le financement (dons, subventions, financements de projets, contrats, etc.) pour votre association dans les trois dernières années.

Vous pouvez utiliser le tableau ci-dessous.

Année	Organisation	Montant (euros)	Pourcentage du budget pour l'année concernée
2022	Particulier	250	18 pour cent
2023	Particulier	250	16,1 pour cent
2024	Particulier	150	9,8 pour cent
2025	Particulier	100	6,9 pour cent

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

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,** Madame Maryvonne Keen-Toullec  
**Organisation/Société** Association DMLA  
**Adresse professionnelle**  
**Adresse e-mail**

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

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. Si nécessaire, utilisez des feuilles supplémentaires datées et signées).*

SIGNATURE: ....

DATE: ..... 16.5.2025 .....

<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. Si vous déclarez un intérêt dans le Tableau 1 mais que vous ne fournissez pas les informations adéquates, votre formulaire vous sera retourné pour être complété.

Tabel 1

Activité pour une institution/entreprise liée à un produit / groupe de produits particulier	Aucune	Actuellement	Entre 0 et 2 ans passés	Il y a plus de 2 ans mais moins de 5 ans <sup>2</sup>
Employé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultant <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigateur <sup>4</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigateur (principal) <sup>5</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif ou d'un ensemble équivalent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabel 2

	Période d'activité	Institution / entreprise	Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous aviez une responsabilité principale	Indication thérapeutique – fins diagnostique ou thérapeutique
Employé				
	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				
	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				

SIGNATURE: .....

DATE: 16.5.2025

J'ai un intérêt financier dans une institution/entreprise effectuant des	NON	Institution/entreprise
	<input checked="" type="checkbox"/>	

<sup>2</sup> Vous êtes invité à fournir des informations sur vos intérêts d'il y a plus de 5 ans. Ces informations ne seront pas utilisées dans l'évaluation des intérêts déclarés mais seront utiles dans le cadre d'une transparence accrue en ce qui concerne ces intérêts antérieurs.

<sup>3</sup> Un consultant est défini comme un expert qui facture une commission (personnelle, institutionnelle ou les deux) pour fournir des conseils ou des services dans un domaine particulier.

<sup>4</sup> comme défini dans la loi sur l'expérimentation sur l'être humain du 7 mai 2004

<sup>5</sup> comme défini dans la loi sur l'expérimentation sur l'être humain du 7 mai 2004

opérations en ce qui concerne des médicaments ou des produits de santé de:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>plus de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>moins de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	NON		Institution/entreprise et nom du produit
Je suis détenteur d'un brevet sur un produit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Intérêts du partenaire et des membres de la famille <sup>6</sup>**

NON	OUI	Institution/entreprise et nom du produit	Type d'intérêt
<input checked="" type="checkbox"/>			

**En plus des intérêts déclarés ci-dessus, je déclare par la présente sur l'honneur que je n'ai aucun autre intérêt ou fait qui doit être communiqué à la CRM et au public. En cas de tout autre intérêt ou fait, veuillez spécifier :**

**S'il devait y avoir le moindre changement aux déclarations ci-dessus dû au fait que j'acquiers des intérêts supplémentaires, j'en avertirai rapidement la CRM et je compléterai une nouvelle Déclaration d'Intérêts qui détaille les changements.**

SIGNATURE: .....

DATE: 16.5.2025

<sup>6</sup> Cela concerne les intérêts directs actuels des membres de la famille qui demeurent à la même adresse, tel que le conjoint, le partenaire, l'enfant, etc... Vous êtes invités à fournir ces intérêts pour des raisons de transparence ; en outre, ils ne seront pas pris en considération pour juger de l'existence de conflits d'intérêts. Pour des raisons de protection de la vie privée, le nom du membre de la famille ne doit pas être mentionné, ni le lien de parenté. Pour indiquer le type d'intérêt, il faut se référer essentiellement aux activités reprises sous le tableau 1 de ce document.