

ANNEXE A : modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 4530200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation)

XX

II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement

Je, soussigné docteur en médecine, médecin spécialiste responsable du traitement, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions décrites dans le § 4530200 pour obtenir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité comportant 150 mg de bicalutamide, inscrite au § 4530200)

1) Première demande :

Conditions relatives à la situation du patient :

- a) En effet, le patient est atteint d'un cancer localement avancé de la prostate :
 - T3-T4, tout N, M0
 - ou
 - T1-T2, N+, M0

- b) En effet, le patient est traité pour le cancer localement avancé de la prostate
 - en monothérapie
 - ou
 - en traitement adjuvant
 - d'une prostatectomie radicale
 - ou
 - d'une radiothérapie

- c) En effet, le caractère de la tumeur chez ce patient montre que le cancer est à haut risque de progression. Cette définition de haut risque varie selon le schéma de traitement:

Quand cette spécialité comportant 150 mg de bicalutamide est prescrite seule – Monothérapie

- Haut risque de progression :
- PSA > 50 ng/ml
 - ou
 - PSA temps de doublement du < 12 mois

J'atteste que le patient est traité dans les 3 mois qui ont suivi la constatation d'une des 2 situations décrites ci-dessus.

Quand cette spécialité comportant 150 mg de bicalutamide est prescrite en adjuvant d'une prostatectomie:

- Haut risque de progression:
- un envahissement ganglionnaire (N+)

J'atteste que le patient est traité dans les 3 mois qui ont suivi la prostatectomie.

Quand cette spécialité comportant 150 mg de bicalutamide) est prescrite en adjuvant d'une radiothérapie

J'atteste que le traitement du patient est initié avant / au cours de la radiothérapie.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

Sur base des éléments attestés ci-dessus, je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 150 mg par jour.

2) Demande de prolongation :

Le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité (nom de la spécialité comportant 150 mg de bicalutamide, inscrite au § 4530200) sur base du § 4530200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. Je confirme que la prolongation du traitement est médicalement justifiée. De ce fait, je sollicite pour mon patient ci-dessus le remboursement d'une prolongation de cette spécialité comportant 150 mg de bicalutamide de 12 mois.

III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, n° INAMI)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)
1-XXXXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)
XX / XX / XXXX (date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)