

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE
(§ 470101 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)**

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (N° -NISS)

II – Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité **DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE** pour le traitement du carcinome de la prostate métastasé ou localement invasif, telles que ces conditions figurent au § 470101 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, une autorisation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III de l'arrêté royal du 21.12.2001 et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum. L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur demande du médecin.

Il s'agit d'une première période d'autorisation de :

- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 3,75 mg**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 11,25 mg**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 22,5 mg**

Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation de :

- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 3,75 mg**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 11,25 mg**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 22,5 mg**

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée, y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1- _____ - _____ - _____ (N° INAMI)

____ / ____ / _____ (DATE)



(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)