

**Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité HYCANTIN (forme orale) (§ 4940000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):**

.....

**II - Eléments à attester par le pneumologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie ou par le médecin spécialiste en oncologie clinique:**

Je soussigné,

- ☐ médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en oncologie médicale  
☐ médecin spécialiste en pneumologie porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du poumon à petites cellules en rechute et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4940000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Condition relative à l'intervalle du délai, compris entre 45 et 180 jours, entre la fin du traitement de première ligne et la rechute

Date de la dernière administration du traitement de première ligne : ..../../.....

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité HYCANTIN (forme orale).

**III - Identification du pharmacien de référence :**

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10 - .... - .. - ....

Adresse : .....  
.....

**IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

..... (nom)

..... (prénom)

1-.....-..-.... (Numéro INAMI)

../../..... (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)