

ANNEXE A : modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 2420200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

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

.....

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 § 2420200 pour obtenir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité comportant 150 mg de bicalutamide, inscrite au § 2420200)

☐ 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 le remboursement de cette spécialité comportant 150 mg de bicalutamide (13 conditionnements) pour une période de 12 mois.

☐ 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 § 2420200) sur base du §2420200 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 (13 conditionnements)

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

..... (nom)
..... (prénom)
1-..... (N° INAMI)
.. / .. / (date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)