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)

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

□ 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

ΟU

□ 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 :

déjà d'un traitement spécialité lе patient mentionné ci-dessus а recu le remboursement avec la 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)

(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)		(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)
---------------------------------	--	----------	--	------------------------