

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BOSULIF (§ 6890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Version valable à partir du 01.04.2014

Je m'engage à arrêter immédiatement le traitement par BOSULIF si l'efficacité n'est plus démontrée.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité BOSULIF, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 6890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

☐ il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité avec la spécialité BOSULIF;

U il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité BOSULIF, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité BOSULIF sur base des conditions du § 6890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité BOSULIF doit être poursuivi (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement) :

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité BOSULIF à une posologie maximale de : _____ mg par jour

(*) en annexe du présent formulaire, je joins le protocole de l'analyse cytogénétique et/ou de l'analyse PCR (Polymerase Chain Reaction), (uniquement pour une première demande d'autorisation, c'est à dire lorsque le bénéficiaire n'a encore jamais obtenu un remboursement de la spécialité BOSULIF sur base des conditions du § 6890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

III - Identification du médecin-spécialiste en hématologie:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)