

**ANNEXE A : Formulaire de demande:**

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité inscrite au § 1530200 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001

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

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par le médecin responsable du traitement:**

Je soussigné(e), docteur en médecine, sollicite auprès du médecin conseil le remboursement de la spécialité ..... (*nom de la spécialité inscrite au § 1530200*) pour le traitement adjuvant (\*) du cancer du sein invasif hormono-dépendant diagnostiqué à un stade précoce chez une femme ménopausée qui, après une thérapie adjuvante initiale par tamoxifène pendant 2 à 3 ans, en présence d'au moins une des situations suivantes:

- ☐ soit un envahissement ganglionnaire et/ou des vaisseaux lymphatiques;
- ☐ soit une tumeur > 2 cm;
- ☐ soit une différenciation histologique de grade 2 ou de grade 3;
- ☐ soit une tumeur présentant une amplification gène du récepteur HER2 démontrée par un test FISH positif.

Je demande pour ma patiente le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une posologie maximale d'un comprimé de 25 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante(tamoxifène suivi d'exémestane) ne dépassera pas 5 ans.

Date à laquelle le traitement au tamoxifène a été initié: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- ☐ Il s'agit d'une **première** période d'autorisation (maximum 12 mois);  
J'atteste que la thérapie adjuvante au tamoxifène n'a pas été arrêtée depuis plus d'un mois au moment de l'introduction de cette demande de remboursement.

- ☐ Il s'agit d'une période de **prolongation** d'autorisation (maximum 2 périodes de 12 mois).

**III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (date)



(cachet)

..... (signature du médecin)