

ANNEXE A: Formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité inscrite au § 3750200, 3750300 ou § 3750400 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

I – Identification de la bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné(e), docteur en médecine, sollicite auprès du médecin conseil le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 3750200, 3750300 ou § 3750400) pour le traitement adjuvant du cancer du sein invasif hormono-dépendant diagnostiqué à un stade précoce :

1. ☐ chez une femme ménopausée avec envahissement ganglionnaire. La patiente a déjà été traitée auparavant par une thérapie adjuvante standard au tamoxifène pendant une période d'au moins 4 ½ ans et la fin du traitement par tamoxifène ne dépasse pas 3 mois au moment de l'introduction de la demande de remboursement dans cette indication. (ou que la preuve puisse être apportée qu'il en était ainsi au moment où un traitement par une spécialité à base de létrozole a été initié).

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 2,5 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.

☐ Il s'agit d'une **première** période d'autorisation (maximum 12 mois);

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

☐ J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante continuée (c.-à-d. après au moins 4, 5 années de traitement par tamoxifène) ne dépassera pas une durée de 3 ans.

2. ☐ chez une femme ménopausée nouvellement diagnostiquée (càd qui n'a pas encore reçu d'hormonothérapie pour cette affection) qui répond à une des conditions suivantes:

☐ La tumeur possède au moins une des caractéristiques suivantes :

☐ soit un envahissement ganglionnaire et/ou des vaisseaux lymphatiques;

☐ soit une tumeur > 2 cm ;

☐ soit une différenciation histologique de grade 3;

☐ soit une tumeur présentant une amplification gène du récepteur HER2 démontrée par un test FISH positif;

☐ soit possède des récepteurs aux œstrogènes mais pas à la progestérone.

☐ La patiente présente un risque accru de thrombose veineuse ou de problèmes endométriaux à savoir, des antécédents documentés de thrombose veineuse profonde, de thrombose cérébrovasculaire ou de thrombose artérielle, ou qui présente une maladie thrombogène héréditaire démontrée ou un lupus anticoagulants persistant ou enfin les patientes qui présentent des antécédents d'anomalies endométriales avec la présence histologiquement démontrée de polypes endométriaux.

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 2,5 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.

☐ Il s'agit d'une **première** période d'autorisation (maximum 12 mois);

☐ Il s'agit d'une période de **prolongation** d'autorisation (maximum 4 périodes de 12 mois).

☐ J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante (létrozole administré dès le début du traitement adjuvant ou tamoxifène suivi de létrozole) ne dépassera pas 5 ans.

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

3. ☐ chez une femme ménopausée qui, sous tamoxifène, a présenté au moins un des effets indésirables suivants :

- ☐ une thrombose veineuse profonde documentée;
- ☐ une thrombose cérébrovasculaire documentée;
- ☐ anomalies de l'endomètre avec présence démontrée de cellules atypiques dans une biopsie de l'endomètre;
- ☐ allergie documentée au tamoxifène.

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.

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 2,5 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.

☐ Il s'agit d'une **première** période d'autorisation (maximum 12 mois);

☐ Il s'agit d'une période de **prolongation** d'autorisation (maximum 4 périodes de 12 mois).

☐ J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante (létrozole administré dès le début du traitement adjuvant ou tamoxifène suivi de létrozole) ne dépassera pas 5 ans.

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

III – Identification du médecin

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)