

## ANNEXE A : Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5670200 et § 5670300 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 § 5670200 et § 5670300):  
pour le traitement adjuvant du cancer du sein invasif hormono-dépendant diagnostiqué à un stade précoce chez une femme ménopausée

1. ☐ chez la femme ménopausée nouvellement diagnostiquée (càd qui n'a pas encore reçu d'hormonothérapie pour cette affection) et qui présente en outre 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 anticoagulans persistant ou enfin les patientes qui présentent des antécédents d'anomalies endométriales avec la présence histologiquement démontrée de polypes endométriaux.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une posologie maximale d'un comprimé de 1 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).

2.1 ☐ chez la femme ménopausée, qui a suivi un traitement initial adjuvant par tamoxifène pendant 2 à 3 ans et pour laquelle 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.

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 mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une posologie maximale d'un comprimé de 1 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).

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

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

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une posologie maximale d' un comprimé de 1 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.

Date à laquelle le traitement au tamoxifène a été initié:

(nom)  
               (prénom)  
 1  -      -    -    (n° INAMI)  
   /    /     (date)

--

.....

(signature du médecin)