Annexe A: Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité XGEVA (§ 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
Je, soussigné, médecin spécialiste responsable du traitement déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité XGEVA :
u <u>II – 1ère demande :</u>
En effet, il est âgé de ≥ 18 ans et est atteint d'au moins une métastase osseuse d'un tumeur solide.
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements de 4 flacons pour une première période de 48 semaines pour un traitement à raison d'1 flacon pour injection sous-cutanée toutes les 4 semaines.
u <u>III – Prolongations :</u>
En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 48 semaines par XGEVA sur base des conditions de § 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, et la continuation du traitement est médicalement justifiée.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements de 4 flacons pour une nouvelle période de 48 semaines pour un traitement à raison d'1 flacon pour injection sous-cutanée toutes les 4 semaines.
IV - Identification du médecin spécialité responsable du traitement (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
(nom)
1 - [       - [       (n°INAMI)
/(date)
(CACHET) (SIGNATURE DU MÉDECIN)