Annexe A : Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité à base de denosumab (§ 6160000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

Je, soussigné, médecin spécialiste responsable du traitement déclare que le bénéficiaire ci-dessus remplit toutes les conditions du § 6160000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité :

⊔ **II – 1ère demande :**

En effet, il est âgé de > ou = 18 ans et est atteint d'au moins une métastase osseuse d'un tumeur solide.

OU

Le bénéficiaire est âgé de > ou = 18 ans, est atteint de myélome multiple avec au moins une métastase osseuse, et sa clairance de la créatinine est <30 mL/min.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements de 4 flacons ou seringues préremplies pour une première période de 48 semaines pour un traitement à raison d'1 flacon ou seringue préremplie pour injection sous-cutanée toutes les 4 semaines.

⊔ **III – Prolongations :**

En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 48 semaines par cette spécialité sur base des conditions du § 6160000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018, et la continuation du traitement est médicalement justifiée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements de 4 flacons ou seringues préremplies pour une nouvelle période de 48 semaines pour un traitement à raison d'1 flacon ou seringue préremplie pour injection sous-cutanée toutes les 4 semaines.

IV - Identification du médecin-spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, n° INAMI) :

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

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

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

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

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)