<u>Annexe A :</u> Modèle de formulaire de demande standardisé
Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité à base de denosumab (§ 8200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :</u>

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

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

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

Je soussigné, médecin spécialiste en oncologie médicale ou en pédiatrie et porteur de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatrique, responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 8200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018 pour le remboursement d'un traitement avec cette spécialité :

<u>II – Première demande :</u>

Le bénéficiaire est âgé de > ou = 18 ans ou adolescent à maturité squelettique et est atteint de tumeur osseuse à cellules géantes ('giant cell tumour of bone'), non résécable ou pour laquelle la résection chirurgicale est susceptible d'entraîner une morbidité sévère.

Je dispose du rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) marquant l'accord pour le traitement administré.

Je m'engage à effectuer un contrôle semestriel et une consultation oncologique multidisciplinaire au cours de laquelle la nécessité ou l'opportunité de la poursuite du traitement avec cette spécialité est examinée.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui attestent que le bénéficiaire se trouve dans la situation décrite.

Sur base de ces éléments, je confirme que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 2 conditionnements de 4 flacons ou seringues préremplies de 120 mg pour une première période de 24 semaines, en tenant compte de l'administration de 1 flacon ou seringue préremplie en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines et de 2 flacons ou seringues préremplies supplémentaires aux jours 8 et 15 du premier mois du traitement.

<u>III – Prolongations :</u>

Ce bénéficiaire a déjà reçu une autorisation de remboursement pour un traitement d'au moins 24 semaines avec cette spécialité sur base des conditions du §8200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018, et la poursuite du traitement est médicalement justifiée.

Je dispose du rapport semestriel de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) marquant l'accord pour la poursuite du traitement.

Sur base de ces éléments, je confirme que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 1 conditionnement de 4 flacons ou seringues préremplies de 120 mg et de 2 conditionnements de 1 flacon ou seringue préremplie de 120 mg pour une nouvelle période de 24 semaines, pour un traitement d'injection sous-cutanée de 1 flacon ou seringue préremplie toutes les 4 semaines.

Je m'engage à arrêter le traitement remboursable lorsque la maladie progresse ou lorsque la tumeur osseuse a été traitée de manière curative par ex. au moyen de la chirurgie ou d'une autre thérapie.

<u>IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :</u>

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

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

Version valable à partir du 01.11.2024