

**Annexe A:**

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité à base de denosumab (§ 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> 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 patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec une spécialité à base de denosumab:

**II – 1ère demande :**

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

OU

le patient est âgé de ≥ 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 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.

**III – Prolongations :**

En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 48 semaines par une spécialité à base de denosumab sur base des conditions du § 6160000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018, 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)

\_\_\_\_\_ (prénom)

[ 1 ] - [ ] - [ ] - [ ] (n° INAMI)

[ ] / [ ] / [ ] (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin )