Annexe A :
Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité PROLIA (denosumab) dans le traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif chez un homme atteint de cancer de la prostate (§ 5900200 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018)

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

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

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

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

Je, soussigné, médecin traitant, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 5900200 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité PROLIA.
Le remboursement simultané de PROLIA avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 (biphosphonates, raloxifène, ranélate de strontium et teriparatide) ou avec un biphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 ou B-279 n'est pas autorisé.

☐ **II – 1ère demande pour le traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif:**

Le patient atteint un cancer de la prostate et a subi un orchiectomie, ou suit un traitement par des agonistes ou antagonistes de la GnRH et répond à au moins une des conditions suivantes:

☐ Présente un antécédent de fracture vertébrale définie par une réduction d'au moins 25 % et d'au moins 4 mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée démontré par un examen radiologique. Le protocole de l'examen radiologique est joint en annexe.

☐ Présente un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < - 2,5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen récent réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (DXA) et datant de moins de six mois. Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joint en annexe.

☐ Présente un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < - 1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen récent réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (DXA) et datant de moins de six mois. Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joint en annexe.

Sur base de ces éléments, je demande d'accorder le remboursement de PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois, pour une période de 12 mois (max. 2 conditionnements).

☐ **III – Prolongation de l'autorisation de remboursement de PROLIA:**

Le patient a déjà obtenu l'autorisation de remboursement du traitement d'au moins 12 mois par PROLIA sur base des conditions du § 5900200 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018 (n° d'attestation : ……) et la continuation du traitement est médicalement justifiée.

Sur base de ces éléments, je sollicite la prolongation du traitement par PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois pour une nouvelle période de 12 mois (max. 2 conditionnements par an).

IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

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

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

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

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

(CACHET) …… (SIGNATURE DU MÉDECIN)

Version valable à partir de 01.01.2020