

Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ALIMTA (§ 3780000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

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

.....

II - Eléments à attester par le pneumologue possédant une compétence particulière en oncologie ou par médecin spécialiste en oncologie clinique:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de

- mésothéliome pleural malin inopérable, qu'il n'a pas reçu de chimiothérapie antérieure et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 3780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:
Condition relative au type histologique : tumeur de type épithélial
Condition relative à l'absence d'un traitement antérieur par chimiothérapie
Condition relative à l'état du patient : Karnofsky performance status \geq 80
Condition relative à l'association du traitement par ALIMTA avec du cisplatine
- de cancer bronchique non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, qui ont reçu une chimiothérapie antérieure et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 3780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001.
Condition relative au traitement antérieur par chimiothérapie

L'identification du pharmacien de référence est la suivante:

Nom et prénom :
Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10-□ □ □-□ □-□ □ □ □
Adresse :


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

En outre, je joins en annexe le document suivant :

Un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques, nature du/des traitement(s) administrés : chirurgie, radiothérapie, immunothérapie, autres.....).

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que l'état de ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ALIMTA.

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

.....	(nom)	
.....	(prénom)	
1-.....-.....-.....	(N° INAMI)	
... / ... /	(Date)	(SIGNATURE DU MEDECIN)
	(CACHET)