

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base des principes actifs tégafur, giméracil et otéracil, inscrite au § 12050000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018

| (nom)

| (prénom)

(numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin spécialiste avec une compétence particulière en oncologie ou en oncologie médicale, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est traité pour un cancer colorectal métastatique et remplit les conditions cumulatives figurant au point a) du § 12050000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018:

- en monothérapie

- en association avec

- l'oxaliplatine
- l'oxaliplatine + bevacizumab
- l'irinotécan
- l'irinotécan + bevacizumab

- d'un syndrome main-pied

- d'une cardiotoxicité

développé en situation adjuvante ou métastatique.

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

Je m'engage à évaluer le bénéficiaire toutes les 9 semaines et à arrêter le traitement avec la spécialité concernée si le CT-scan ou l'IRM démontre une progression de la maladie.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec les spécialités pharmaceutiques ciblant l'EGFR n'est jamais autorisé pour cette indication.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de cette spécialité pour une période maximale de 6 mois.

| (nom)

| (prénom)

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

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

--

(cachet)

(signature du médecin)