ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de pasireotide, inscrite au §12540000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

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

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

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

☐ **II- Première demande :**

Je soussigné(e), médecin spécialiste en médecine interne ou en neurochirurgie, certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus est atteint d'acromégalie et remplit les conditions suivantes, fixées sous le point a) du §12540000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

Les traitements mentionnés ci-dessous n'ont pas permis d'atteindre une normalisation des taux de IGF-1 :

D'une part au moins un des traitements suivants :

- ☐ Un traitement neurochirurgical, sauf si contre-indiqué à cause de ……
- ☐ La radiothérapeutique, sauf si contre-indiqué, à cause de ……

ET D'autre part un traitement optimal par un analogue de première génération de la somatostatine pendant au moins 6 mois.

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité, selon la posologie recommandée dans le RCP, à savoir un flacon (de 60 mg maximum) toutes les 4 semaines, pendant une période de 24 semaines.

☐ **III- Demande de prolongation :**

Je soussigné(e), médecin spécialiste en médecine interne ou en neurochirurgie, certifie que ce traitement est efficace par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant le début du traitement.

Je confirme également que le taux d'IGF-1 sous traitement est inférieur à 1,2 fois la limité supérieure de la normale pour l'âge et le sexe.

De ce fait, j'atteste qu'une prolongation du remboursement de cette spécialité, selon la posologie recommandée dans le RCP, à savoir un flacon (de 60 mg maximum) toutes les 4 semaines, est justifiée pour une période de 12 mois.

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

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

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.12.2023