

**ANNEXE A : modèle de formulaire de demande**

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base des principes actifs tégafur, giméracil et otéracil, inscrite au § 6490000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II – Eléments à attester par un médecin spécialiste avec une compétence particulière en oncologie ou en oncologie médicale :**

**□ II s'agit d'une première demande de remboursement**

Je soussigné, médecin spécialiste avec une compétence particulière en oncologie ou en oncologie médicale, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est traité pour cancer gastrique avancé (stade III ou IV de la classification TNM) et remplit les conditions cumulatives figurant au point a) du § 6490000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018:

- Le bénéficiaire n'est pas éligible pour un traitement chirurgical
  - o après un traitement de première ligne préalable avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine qui a dû être arrêté à cause du syndrome main-pied

OU

- o parce qu'un traitement de première ligne avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine n'est pas possible à cause d'une contre-indication ou intolérance à la capécitabine avérée.

- Le traitement est administré en combinaison en doublet avec le cisplatine.

J'atteste savoir que le traitement avec la spécialité à base des principes actifs tégafur, giméracil et otéracil peut être continué en monothérapie après que le nombre maximale de cycles (6 cycles) contenant le cisplatine est atteint. En cas d'arrêt du cisplatine à cause de toxicité, la thérapie avec cette spécialité peut aussi être continuée en monothérapie.

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

**□ II s'agit d'une demande de prolongation de remboursement**

Je soussigné, médecin spécialiste avec une compétence particulière en oncologie ou en oncologie médicale, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est traité pour cancer gastrique avancé (stade III ou IV de la classification TNM) et remplit simultanément les conditions suivantes :

- Le bénéficiaire a déjà bénéficié d'un remboursement sur base du §6490000 pour la spécialité à base des principes actifs tégafur, giméracil et otéracil destiné au traitement du cancer gastrique avancé (stade III ou IV de la classification TNM)

- Le bénéficiaire a eu un nombre maximal de 6 cycles contenant le cisplatine et le traitement avec la spécialité à base des principes actifs tégafur, giméracil et otéracil est continué en monothérapie.

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

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

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

(signature du médecin)