

## Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

**Limitation:**

Après accord préalable sur la prise en charge des frais par le médecin-conseil de l'assureur:

- Pour le traitement des patients souffrant d'un cancer du côlon ou du rectum métastatique avec gène RAS de type sauvage:
- En association avec FOLFIRI ou FOLFOX
- En monothérapie après échec d'une thérapie à base d'oxaliplatine et d'irinotécan, ou en cas d'intolérance à l'irinotécan.
- En association avec une radiothérapie dans le traitement des patients présentant un carcinome épidermoïde localement avancé de la région tête et cou.
- En association au cisplatine et au 5-fluorouracil dans le traitement de patients atteints d'un carcinome épidermoïde récidivant et/ou métastatique de la tête et du cou.

**Informations patient(e):**

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

**Assurance:**

N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC)

Complément d'adresse::

NPA:

Lieu:

**Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):**

- Prescription respectant la limitation:** Je sollicite une garantie de remboursement des coûts pour Erbitux<sup>®</sup> dans le cadre de l'indication suivante:
- Traitement d'un(e) patient(e) présentant un cancer colorectal métastatique avec gène RAS non muté (wild-type):
- En association à FOLFIRI ou FOLFOX
  - En monothérapie, après échec d'un traitement à base d'oxaliplatine et d'irinotécan ou en cas d'intolérance à l'irinotécan
- En association avec une radiothérapie dans le traitement de patients atteints d'un carcinome épidermoïde localement avancé de la région tête et du cou.
- En association au cisplatine et au 5-fluorouracil dans le traitement de patients atteints de carcinome épidermoïde récidivant et/ou métastatique de la tête et du cou.

**Remarques, informations complémentaires:**

- Prescription au-delà de la limitation, dans le cadre d'une utilisation hors *indication* ou d'une désignation orpheline**

Demande de prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour une utilisation hors *indication*, selon les critères de jurisprudence, ou une désignation orpheline

Il s'agit d'une délivrance dans le cadre:



d'une utilisation hors indication  
d'une désignation orpheline

en cas de désignation orpheline, prévalence de la maladie:

**Diagnostic, exclusivement réservé à l'usage du médecin-conseil:**

**Justifier/ expliquer l'indication d'Erbix:**

**Remarques concernant le caractère scientifique du traitement envisagé (études réalisées):**

Prière de joindre à ce formulaire une liste de titres et de liens de référence concernant les études (ou au moins les extraits d'études) sur lesquelles vous vous appuyez.

---

**Médecin traitant:**

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: et le département:

Date:.....

Timbre et signature:.....