

# XTANDI™ (enzalutamide)

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

**Limitatio (extrait):** Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

- XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (CRPC) chez les hommes ne présentant que peu ou pas de symptômes, après échec du traitement par suppression androgénique et pour lesquels une chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée. Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.01
- XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration chez les hommes dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de docétaxel. Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.02
- XTANDI est remboursé en association avec un traitement par privation androgénique (ADT) dans le traitement des hommes atteints du cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC). Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.03

Voir aussi [LS](#).

### Données personnelles du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Localité:	<input type="text"/>		
<b>Assureur-maladie:</b>	<input type="text"/>	N° d'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil)	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

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

Le traitement est pris en association avec le traitement par privation androgénique (ADT):

Informations sur le diagnostic et le traitement précédent:

Pour le traitement selon code indication (voir Limitatio):

21000.01       21000.02       21000.03

### Médecin requérant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Si exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				