

# Cabazitaxel-Teva® (Cabazitaxelum)

Traitement du cancer, demande urgente

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

**Limitatio:** En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel. Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie. **Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par Cabazitaxel-Teva s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation originale ou un autre générique dans la même indication.**

Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.

En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2ème cycle de Cabazitaxel-Teva, la titulaire de l'autorisation remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Cabazitaxel-Teva administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.

### Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

### Assurance-maladie:

Assurance-maladie:	<input type="text"/>	Numéro d'assuré(e):	<input type="text"/>
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>

### Diagnostic:

Le patient souffre d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (mCRPC) après une chimiothérapie antérieure au docétaxel.

Le patient a déjà été traité par du docétaxel du  au

### Informations concernant l'efficacité

### Compléments/Remarques:

### Médecin demandeur:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tél.:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		