BIJLAGE A: Standaard aanvraagformulier
Terugbetalingsaanvraag formulier voor een specialiteit ingeschreven in § 5670200 en § 5670300 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Gegevens te verklaren door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, arts, verzoekt de adviserend geneesheer om de terugbetaling van de specialiteit …… *(naam van de specialiteit ingeschreven in* § 5670200 en § 5670300*)* voor de adjuvante behandeling van vroegtijdig gediagnosticeerde invasieve hormoon-afhankelijke borstkanker bij een postmenopauzale vrouw, toe te staan,

1. ⊔ bij een postmenopauzale vrouw die nieuw gediagnosticeerd is (dwz die voor deze aandoening nog geen hormoontherapie heeft gekregen) en aan één van de volgende voorwaarden voldoet:

   ⊔ De tumor vertoont ten minste één van volgende kenmerken:

   ⊔ ofwel aantasting van de lymfeklier(en) en/of lymfovasculaire invasie;
   ⊔ ofwel een tumorvolume > 2 cm;
   ⊔ ofwel een tumor met een graad 3 differentiatie;
   ⊔ ofwel een tumor met een amplificatie van het HER2 receptor gen bewezen door een positieve FISH test;
   ⊔ ofwel die positief is voor de oestrogeen-receptor en negatief voor de progesteron-receptor.

   ⊔ De patiënte vertoont een verhoogd risico voor thrombosen of endometrium problemen met name, een gedocumenteerde voorgeschiedenis van diepe veneuze thrombose, cerebrovasculaire thrombose of arteriële thrombose, de aanwezigheid van een bewezen erfelijke thrombogene ziekte of een persisterend positief lupus anticoagulans, of ten slotte een voorgeschiedenis van afwijkingen van het endometrium met histologisch bewezen aanwezigheid van endometriumpoliepen.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van één tablet van 1 mg per dag verzekert.
Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

⊔ Het betreft een eerste machtigingsperiode (maximaal 12 maanden).

⊔ Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging (maximaal 4 perioden van 12 maanden).

2.1 ⊔ bij een postmenopauzale vrouw die een initiële adjuvante behandeling met tamoxifen gedurende 2 tot 3 jaar heeft gekregen en wiens tumor ten minste één van volgende kenmerken vertoont:

   ⊔ ofwel aantasting van de lymfeklier(en) en/of lymfovasculaire invasie;
   ⊔ ofwel een tumorvolume > 2 cm;
   ⊔ ofwel een tumor met een graad 3 differentiatie;
   ⊔ ofwel een tumor met een amplificatie van het HER2 receptor gen bewezen door een positieve FISH test.

   Ik verklaar dat de adjuvante behandeling met tamoxifen niet langer dan een maand werd stopgezet op het ogenblik van deze aanvraag voor vergoeding.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van één tablet van 1 mg per dag verzekert.
Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

⊔ Het betreft een eerste machtigingsperiode (maximaal 12 maanden).

⊔ Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging (maximaal 2 perioden van 12 maanden).

Ik verklaar dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door een specialiteit op basis van anastrozol) maximum 5 jaar zal bedragen.

Datum waarop de behandeling met tamoxifen werd gestart: ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔

2.2 ⊔ bij een postmenopauzale vrouw die onder tamoxifen ten minste één van volgende nevenwerkingen heeft vertoond:

⊔ een gedocumenteerde diepe veneuze thrombose;

⊔ een gedocumenteerde cerebrovasculaire thrombose;

⊔ afwijkingen van het endometrium met bewezen aanwezigheid van atypische cellen in een endometriumbiopt;

⊔ een gedocumenteerde allergie op tamoxifen.

Ik verklaar dat de adjuvante behandeling met tamoxifen niet langer dan een maand werd stopgezet op het ogenblik van deze aanvraag voor vergoeding.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van één tablet van 1 mg per dag verzekert.
Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

⊔ Het betreft een eerste machtigingsperiode (maximaal 12 maanden).

⊔ Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging (maximaal 4 perioden van 12 maanden).

Ik verklaar dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door een specialiteit op basis van anastrozol) maximum 5 jaar zal bedragen.

Datum waarop de behandeling met tamoxifen werd gestart: ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔.

III - Identificatie van de geneesheer:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

| |

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)