

**BIJLAGE A: Standaard aanvraagformulier**

Terugbetalingsaanvraag formulier voor de specialiteit AROMASIN (§ 1530200 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 geneesheer:**

Ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verzoekt de Adviserend Geneesheer om de terugbetaling van AROMASIN 25 mg tabletten voor de adjuvante behandeling (\*) van vroegtijdig gediagnosticeerde invasieve hormoon-afhankelijke borstkanker bij de menopauzale vrouw, na een initiële adjuvante behandeling met tamoxifen gedurende 2 tot 3 jaar indien minstens één van volgende toestanden aanwezig is:

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

**I eerste aanvraag**

Ik verklaar dat de adjuvante behandeling met tamoxifen niet langer dan een maand werd stopgezet op het ogenblik van deze aanvraag voor vergoeding en dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door AROMASIN) maximum 5 jaar zal bedragen.

Datum waarop de behandeling met tamoxifen werd gestart: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ik vraag de toelating tot terugbetaling van AROMASIN voor een periode van maximaal 330 dagen:

één kleine verpakking van 30 x 25mg AROMASIN

en

... (maximaal 3) grote verpakkingen van 100 x 25mg AROMASIN

de **eerste verlenging** voor een periode van maximaal 400 dagen:

... (maximaal 4) grote verpakkingen van 100 x 25mg AROMASIN

de **tweede verlenging** voor een periode van maximaal 365 dagen:

... (maximaal 4) grote verpakkingen van 100 x 25mg AROMASIN

Ik weet dat het aantal vergoedbare verpakkingen moet rekening houden met een maximale posologie van één tablet 25 mg per dag.

**III - Identificatie van de geneesheer:**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)