

## AANVRAAG TOT TERUGBETALING

### ANASTROZOLE TEVA<sup>®</sup> 1 mg

Paragraaf 5670100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

---

Ter attentie van de adviserend geneesheer

#### Identificatie van de rechthebbende

Naam en voornaam:.....

Inschrijvingsnummer bij de V.I.:.....

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verzoek de adviserend geneesheer voor bovengenoemde patiënt de:

A. **Terugbetaling**  voor .....maanden (max.12)

B. **Verlenging van de terugbetaling**  voor .....maanden (max.12)

Van **ANASTROZOLE TEVA<sup>®</sup> 1 mg** (beschikbaar in een verpakking van 28 tabletten en 98 tabletten)

**En verklaar dat de patiënt voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk voor terugbetaling van Anastrozole Teva<sup>®</sup> 1 mg, zoals vermeld in paragraaf 5670100 van hoofdstuk IV:** De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend wordt bij de behandeling van borstkanker in een gevorderd stadium bij de postmenopauzale vrouw (natuurlijk of kunstmatig geïnduceerde menopauze), bij terugval of bij een verslechtering na een behandeling met anti-oestrogenen.

#### **GEMOTIVEERD VERSLAG IN BIJLAGE**

Ik hou de bewijsstukken die de hierboven verklaarde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

**Paragraaf 5670100:** Op basis van een verslag opgesteld door een geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging af waarvan het model is vastgesteld onder "b" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheid beperkt is tot 12 maanden. De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor perioden van maximum 12 maanden na een gemotiveerd verslag van de behandelende arts.

BEHANDELENDE ARTS:

.....

.....

STEMPEL

Handtekening:

Datum:../../.....