

**BIJLAGE A: Standaard aanvraagformulier**

Terugbetalingsaanvraag formulier voor een specialiteit ingeschreven in § 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 de specialiteit ..... (naam van de specialiteit ingeschreven in § 1530200) 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.

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 25 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.

Ik verklaar dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door exemestan) maximum 5 jaar zal bedragen.

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

- Het betreft een **eerste** machtigingsperiode (maximaal 12 maanden)  
Ik verklaar dat de adjuvante behandeling met tamoxifen niet langer dan een maand werd stopgezet op het ogenblik van deze aanvraag voor vergoeding.
- Het betreft een periode tot **verlenging** van de machtiging (maximaal 2 perioden van 12 maanden)

**III - Identificatie van de geneesheer:**

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

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

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

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



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)