

BIJLAGE A : model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 4530200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

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

.....

II - Elementen te attesteren door de geneesheer specialist verantwoordelijk voor de behandeling

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, geneesheer specialist verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de patiënt hierboven vermeld de voorwaarden vervult die voorkomen in § 4530200 om de vergoeding te bekomen van de specialiteit(naam van de specialiteit met 150 mg bicalutamide, ingeschreven in § 4530200)

1) Eerste aanvraag :

Voorwaarden met betrekking tot de situatie van de patiënt

a) Inderdaad, de patiënt is gediagnosticeerd met lokaal gevorderde prostaatkanker :

☐ T3-T4, alle N, M0

of

☐ T1-T2, N+, M0

b) Inderdaad, de patiënt wordt behandeld voor lokaal gevorderde prostaatkanker

☐ in monotherapie

of

☐ als adjuvante behandeling bij:

☐ radicale prostatectomie

of

☐ radiotherapie

c) Inderdaad, het karakter van de tumor bij deze patient vertoont een hoog risico op progressie van de ziekte, een definitie die afhankelijk is van de manier van behandelen :

☐ Deze specialiteit met 150 mg bicalutamide wordt alleen voorgeschreven - Monotherapie ("alleen"):

Hoog risico factor :

☐ PSA > 50 ng/ml

of

☐ PSA doubling tijd < 12 maanden

Ik verklaar hierbij dat de behandeling wordt gestart binnen de 3 maanden van de vaststelling van één van bovenstaande criteria voor PSA.

☐ Deze specialiteit met 150 mg bicalutamide wordt voorgeschreven als adjuvante behandeling bij prostatectomie:

Hoog risico factor :

☐ positieve lymfeklieren (N+)

Ik verklaar hierbij dat de behandeling wordt gestart binnen de 3 maanden van de prostatectomie.

☐ Deze specialiteit met 150 mg bicalutamide wordt voorgeschreven als adjuvante behandeling bij radiotherapie

Ik verklaar hierbij dat de behandeling wordt gestart voor / tijdens de radiotherapie.

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

Op basis van bovenstaande bewijsstukken vraag ik, voor mijn patiënt, de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale dosis van één tablet aan 150 mg per dag verzekert.

2) Aanvraag tot verlenging :

De hierboven vernoemde patient heeft reeds terugbetaling verkregen van de behandeling met de specialiteit (naam van de specialiteit met 150 mg bicalutamide, ingeschreven in § 4530200) op basis van § 4530200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001. Ik bevestig dat de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is. Aldus vraag ik de terugbetaling aan voor een verlenging van 12 maanden van deze specialiteit met 150 mg bicalutamide voor hierboven vernoemde patiënt.

III – Identificatie van de behandelende geneesheer specialist (naam, voornaam, adres, n° RIZIV)

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (naam)
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (voornaam)
1-xxxxxxxx-xx-xxxx (RIZIV N°)
xx / xx / xxxxx (datum)



(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE ARTS)