BIJLAGE A : Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier
Formulier voor aanvraag tot vergoeding van een specialiteit op basis van denosumab (§8200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling) :

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

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

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

Ik ondergetekende, arts-specialist in de medische oncologie of in de pediatrie en houder van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrische hematologie en oncologie, verantwoordelijk voor de behandeling, attesteer dat de hierboven vermelde rechthebbende alle voorwaarden vervult van §8200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01.02.2018 voor de vergoeding van een behandeling met deze specialiteit :

II – Eerste aanvraag :

De rechthebbende is > of = 18 jaar of adolescent met een volgroeid skelet en heeft reusceltumor van het bot ('giant cell tumour of bone') die niet-reseceerbaar is of waarbij chirurgische resectie waarschijnlijk leidt tot ernstige morbiditeit.

Ik beschik over het rapport van het multidisciplinair oncologisch overleg (MOC) dat het akkoord geeft voor de behandeling die wordt toegepast.

Ik verbind er mij toe een 6-maandelijkse controle en multidisciplinair oncologisch consult (MOC) uit te voeren waarbij de noodzaak of wenselijkheid van voortzetting van de behandeling met deze specialiteit wordt beoordeeld.

Ik verbind er mij toe het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze rechthebbende recht heeft op de vergoeding van 8 flacons of voorgevulde spuiten van 120 mg voor een eerste periode van 24 weken rekening houdende met 1 flacon of voorgevulde spuit toegediend als onderhuidse inspuiting elke 4 weken en 2 bijkomende flacons of voorgevulde spuiten op dag 8 en 15 van de eerste maand van de behandeling.

III – Verlengingen :

Deze rechthebbende heeft reeds een toelating tot vergoeding gekregen van een behandeling van minstens 24 weken met deze specialiteit op basis van de voorwaarden uit §8200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01.02.2018, en de voortzetting van de behandeling is medisch gerechtvaardigd.

Ik beschik over het rapport van het 6-maandelijks multidisciplinair oncologisch overleg (MOC) dat het akkoord geeft voor de voortzetting van de behandeling.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze rechthebbende recht heeft op de vergoeding van 6 flacons of voorgevulde spuiten van 120 mg voor een nieuwe periode van 24weken voor een behandeling met de onderhuidse inspuiting van 1 flacon of voorgevulde spuit elke 4 weken.

Ik verbind er mij toe de vergoede behandeling te stoppen wanneer er ziekteprogressie is of wanneer de reusceltumor curatief behandeld werd bijv. d.m.v. heelkunde of een andere therapie.

IV – Identificatie van de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :

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

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

| 1 | - | | | | | - | | | - | | | | (RIZIV nr)

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

(stempel van de arts) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.05.2026