

Mesures transitoires pour les bénéficiaires d'un remboursement pour une spécialité du groupe A-107 (inscrite au § 6570000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) pour le traitement adjuvant du cancer du sein hormono-dépendant diagnostiqué à un stade précoce

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 _____ (numéro d'affiliation)

Je soussigné(e), médecin spécialiste, sollicite auprès du médecin conseil le remboursement de la spécialité

 (nom de la spécialité inscrite au § 6570000) pour le traitement adjuvant du cancer du sein hormono-dépendant diagnostiqué à un stade
 précoce.

(si applicable :) Date du début de la thérapie continuée par létrozole : / / (**).

J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante (= tamoxifène et/ou un inhibiteur de l'aromatase) ne dépassera pas 5 ans à partir du date du début du traitement initial (*).

- une thrombose veineuse profonde documentée;
- une thrombose cérébrovasculaire documentée;
- des anomalies de l'endomètre avec présence démontrée de cellules atypiques dans une biopsie de l'endomètre;
- une intolérance documentée au tamoxifène.

Version valable à partir du 01.07.2014