Tabrecta® (Capmatinib)

Kostengutsprachegesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio: Befristete Limitation bis 30.06.2027
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache hat folgenden **Indikationscode** zu enthalten: **21282.01**
TABRECTA ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation indiziert. Eine Anwendung bei zusätzlichen onkogenen Treibermutationen inklusive EGFR oder ALK Tumoraberrationen wird nicht vergütet. Die Vergütung erfolgt bis zur Progression der Erkrankung.
Eine Rotation innerhalb der MET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.

Personalien Patientin/Patient

Name: | Vorname: | Geb. Datum

Geschlecht: ☐ ♀ ☐ ♂ | Strasse: | Adresszusatz:

PLZ: | Ort:

Krankenversicherer: | Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): | Adresszusatz:

PLZ: | Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt)

☐ Die Patientin/der Patient ist an einem metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) erkrankt mit einer mittels entsprechendem Test gesicherten MET-Exon-14-Skipping-Mutation.

Beschreibung zusätzlich relevanter Diagnosen sowie eventuelle bisherige Behandlungen und aktueller klinischer Zustand (Allgemeinzustand, Beschwerden, Tumorlast, Progressionsstatus):

Geplante Dosierung mit Tabrecta®: ☐ 400 mg oral zweimal täglich (empfohlene Dosierung gemäss Fachinformation).

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name. | Vorname:

Adresse: | Adresszusatz:

PLZ: | Ort: | Tel.

Fax: | E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: | Abteilung:

Datum.: