BIJLAGE A : Aanvraagformulier

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

Naam : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
Voornaam : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
Aansluitingsnummer: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

II - Eerste aanvraag [punt a) van paragraaf 5920000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001] :

1. ⊔ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt aan artrose, of reumatoïde artritis of spondylitis ankylosans lijdt, met chronische (> 6 maanden) pijnklachten tot gevolg, die onvoldoende reageren op een behandeling met paracetamol gebruikt in optimale doses. De toediening van NSAI geneesmiddelen is medisch strikt noodzakelijk en voorgaande behandeling(en) met lage dosis naproxen (< 550 mg per dag) en/of andere niet-selectieve NSAI geneesmiddelen hadden onvoldoende analgetisch effect.

   In het geval van reumatoïde artritis of ankyloserende spondylitis, moet de behandelende arts, in het medische dossier van de betrokken patiënt, beschikken over een rapport, opgesteld door een gespecialiseerde geneesheer in de reumatologie of in de interne geneeskunde, dat deze diagnose bevestigt voorafgaand aan de aanvraag tot terugbetaling.

   ⊔ Bovendien vertoont desbetreffende patiënt minstens 1 van de volgende risicofactoren:

   ⊔ > 65 jaar;
   ⊔ medisch verantwoord gebruik van anticoagulantia, of anti-aggregantia;
   ⊔ medisch verantwoord gebruik van corticosteroïden, chronisch en systemisch toegediend;
   ⊔ een ernstige co-morbiditeit, die gepaard gaat met een verhoogd gastro-intestinaal risico;
   ⊔ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus tijdens innames van NSAI geneesmiddelen;
   ⊔ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus met complicaties (bloeding, gastro-intestinale perforatie of obstructie, gastro-intestinale chirurgie);
   ⊔ congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV);
   ⊔ aangetoonde ischemische hartziekte, perifeer arterieel vaatlijden en/of aangetoonde cerebrovasculaire pathologie.

Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met deze specialiteit nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld. Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAI geneesmiddelen en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

Behandeling met een dosering van 1000 mg per dag :

⊔ Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van __ (maximum 6) verpakking(en) van 60 tabletten van VIMOVO 500mg/20mg.

III - Aanvraag tot verlenging [punt d) van paragraaf 5920000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001] :

2. ⊔ Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij, dat bij hogervermelde patiënt, die reeds terugbetaling van deze specialiteit kreeg in het kader van een behandeling van artrose, of reumatoïde artritis of ankyloserende spondylitis, de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met deze specialiteit nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld.

   ⊔ Ik heb het gastro-intestinaal en cardiovasculair risico van de patiënt geherevalueerd.

   ⊔ Ik weet dal de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAI geneesmiddelen en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

Verlenging van een behandeling met een dosering van 1000 mg per dag:

⊔ Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van __ (maximum 12) verpakking(en) van 60 tabletten van VIMOVO 500mg/20mg.

IV - Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr) :

Naam : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
Voornaam : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
RIZIV-nr : 1 - ⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔
Datum : ⊔⊔- ⊔⊔ - ⊔⊔⊔⊔

(STEMPEL)	(HANDTEKENING VAN DE ARTS)