

Eerste aanvraag tot terugbetaling van BEXTRA®

(punt a) van paragraaf 290 van Hoofdstuk IV van het KB van 21-12-2001)

I - Identificatie rechthebbende

Naam, voornaam _____

Aansluitingsnummer _____

II - Eerste aanvraag

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt minstens 65 jaar oud is en dat hij aan **artrose** lijdt, waarbij de pijnopstoten onvoldoende reageren op een behandeling met paracetamol toegediend in optimale doses. Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit **BEXTRA®** nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering 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-steroida(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

1.1 Behandeling met een dosering van 10mg per behandelingsdag:

1.1.1 Gedurende een periode van 60 dagen terugbetaling van _____ (maximum 1) verpakking(en) van 30 tab. van 10mg

1.2 Behandeling met een dosering van 20mg per behandelingsdag:

1.2.1 Gedurende een periode van 60 dagen terugbetaling van _____ (maximum 1) verpakking(en) van 30 tab. van 20mg

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan **reumatoïde artritis**. Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit **BEXTRA®** nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering 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-steroida(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht. Ik verklaar hierbij dat ik in het medisch dossier van betreffende patiënt beschik over een rapport, opgesteld door een gespecialiseerd geneesheer in de reumatologie of in de interne geneeskunde, dat de diagnose bevestigt.

2.1 Behandeling met een dosering van 10mg per behandelingsdag:

2.1.1 Gedurende een periode van 60 dagen terugbetaling van _____ (maximum 2) verpakking(en) van 30 tab. van 10mg

2.2 Behandeling met een dosering van 20mg per behandelingsdag:

2.2.1 Gedurende een periode van 60 dagen terugbetaling van _____ (maximum 2) verpakking(en) van 30 tab. van 20mg

IV - Identificatie van de geneesheer

Naam, voornaam _____

Adres _____

RIZIV-nr _____

Datum _____

Stempel _____

Handtekening _____

Vergeet niet het aantal gewenste verpakkingen te vermelden

Aanvraag tot verlenging van terugbetaling van BEXTRA®

(punt d) van paragraaf 290 van Hoofdstuk IV van het KB van 21-12-2001)

I - Identificatie rechthebbende

Naam, voornaam _____

Aansluitingsnummer _____

III - Aanvraag tot verlenging

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij, dat bij hogervermelde patiënt, die reeds terugbetaling voor de specialiteit **BEXTRA®** kreeg in het kader van een behandeling van pijnopstoten van **artrose**, voortzetting van de behandeling medisch verantwoord is. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met de specialiteit **BEXTRA®** nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering 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-steroida(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

3.1 Verlenging van een behandeling met een dosering van 10mg per behandelingsdag:

3.1.1 Gedurende een periode van 400 dagen terugbetaling van _____ (maximum 2) verpakking(en) van 100 tab. van 10mg

3.2 Verlenging van een behandeling met een dosering van 20mg per behandelingsdag:

3.2.1 Gedurende een periode van 400 dagen terugbetaling van _____ (maximum 2) verpakking(en) van 100 tab. van 20mg

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bij bovenvermelde patiënt die reeds terugbetaling van de specialiteit **BEXTRA®** kreeg in het kader van een behandeling van **reumatoïde artritis**, de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met de specialiteit **BEXTRA®** nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering 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-steroida(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

4.1 Verlenging van een behandeling met een dosering van 10mg per behandelingsdag:

4.1.1 Gedurende een periode van 400 dagen terugbetaling van _____ (maximum 4) verpakking(en) van 100 tab. van 10mg

4.2 Verlenging van een behandeling met een dosering van 20mg per behandelingsdag:

4.2.1 Gedurende een periode van 400 dagen terugbetaling van _____ (maximum 4) verpakking(en) van 100 tab. van 20mg

IV - Identificatie van de geneesheer

Naam, voornaam _____

Adres _____

RIZIV-nr _____

Datum _____

Stempel _____

Handtekening _____

Vergeet niet het aantal gewenste verpakkingen te vermelden

CELOIND004565

CELOIND004565