

PANTOZOL® 20 mg/40 mg
AANVRAAGFORMULIER

Terugbetalingaanvraag voor een specialiteit die bij § 1250000 van hoofdstuk IV van het KB van 21-12-2001 ingeschreven is:

Ik ondergetekende, arts, verzeker dat mijn patiënt :

IDENTIFICATIE VAN DE BEGUNSTIGDE (naam, voornaam, aansluitingsnr.)

I. Indicatie [punt a] van § 1250000 van hoofdstuk IV, KB van 21-12-2001 : zich bevindt in de klinische toestand zoals beschreven in het punt dat ik hieronder aan kruiste en dat deze patiënt hierdoor terugbetaling van de vermelde behandeling nodig heeft, met de specialiteit :

- PANTOZOL
 ZURCALE

1. Ulcus duodeni,

aangevoeld door endoscopie (of door radiografieonderzoek in geval van onmogelijkheid gestaafd met documenten) :

- 1.1 behandeling met 40 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg)
1.2 refractair tegenover de andere behandelingen, behandeling met 80 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 x 40 mg)

2. Maagulcus,

aangevoeld door endoscopie (of door radiografieonderzoek in geval van onmogelijkheid gestaafd met documenten) :

- 2.1 behandeling met 40 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 x 40 mg)
2.2 refractair tegenover de andere behandelingen, behandeling met 80 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 4 verpakkingen van 28 x 40 mg)

3. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie, aangevoeld door endoscopie :

- 3.1 initiële behandeling met 40 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg)
3.2 refractair tegenover de oorspronkelijke behandeling met 40 mg per dag, aanvullende initiële behandeling met 80 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 x 40 mg)

4. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie, aangevoeld door endoscopie uitgevoerd tijdens de jongste 3 jaar wanneer de typische symptomen van refluxoesofagitis minstens twee keer per week opnieuw voorkomen na de startbehandeling die efficiënt was (De toelating voor terugbetaling is maximum 3 jaar geldig vanaf de datum van de betrokken endoscopie.) :

- 4.1 onderhoudsbehandeling met 20 mg per dag, gedurende 6 maanden :
(Terugbetaling van maximum 3 verpakkingen van 56 x 20 mg)
4.2 onderhoudsbehandeling met 40 mg per dag, gedurende 6 maanden, wanneer de onderhoudsbehandeling met 20 mg per dag niet efficiënt gebleken is :
(Terugbetaling van maximum 6 verpakkingen van 28 x 40 mg)

5. Oesofagitis graad C of D volgens de Los Angeles classificatie, aangevoeld door endoscopie :

- 5.1 oorspronkelijke behandeling met 80 mg per dag gedurende 8 weken.
(Terugbetaling van 4 verpakkingen van 28 x 40 mg)
5.2 continue onderhoudsbehandeling gedurende 12 maanden, met 20 mg per dag.
(Terugbetaling van 7 verpakkingen van 56 x 20 mg)
5.3 continue onderhoudsbehandeling gedurende 12 maanden, met 40 mg per dag, wanneer de onderhoudsbehandeling met 20 mg per dag niet efficiënt gebleken is.
(Terugbetaling van 13 verpakkingen van 28 x 40 mg).

6. Ernstige hemorragische gastritis, aangevoeld door endoscopie, behandeling met 40 mg per dag gedurende 28 dagen.
(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg).

7. (niet toepasselijk)

8. (niet toepasselijk)

9. (niet toepasselijk)

II. Eventuele bijzondere omstandigheden van § 1250000 hoofdstuk IV, KB van 21-12-2001 :

Punt b), indien van toepassing :

- Ik attesteer bovendien dat de klinische toestand van bovenvermelde patiënt van die aard is dat ik medisch gezien oordeel dat het voorziene onderzoek op diagnostisch en therapeutisch vlak onvoldoende informatie zal opleveren in verhouding tot de risico's die de uitvoering van dit onderzoek inhoudt. In het medisch dossier van deze patiënt heb ik een gedetailleerd medisch verslag dat deze uitzonderlijke toestand bewijst evenals de indicatie die hierboven werd aangekruist.
(Deze uitzonderlijke situaties zijn bijvoorbeeld mucoviscidose, ernstige oesofagale sclerodermie, langdurige bedlegerigheid, een ernstige mentale handicap die leidt tot een gedrag dat de uitvoering van het onderzoek belet).

IDENTIFICATIE VAN DE ARTS (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.)

.....
.....
.....
.....

Datum :

Stempel :

Handtekening van de arts :