

Bijlage A: Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier:

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit Prezista (§ 4240000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

II – Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten

II – A Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling voor een periode van 12 maanden:

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt geïnfecteerd is door het HIV-1 en dat hij/zij aan alle voorwaarden gesteld in § 4240000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voldoet:

Inderdaad, de patiënt is geïnfecteerd door het HIV-1

En vertoont of heeft vertoond een aantal CD4-cellen kleiner of gelijk aan 500/mm³.

En bevindt zich

in een toestand van virologisch falen

met op basis van de analyse van therapeutische antecedenten en/of van de resultaten van een genotypische analyse,

ofwel een virus met resistentie aan

ofwel een virus met verminderde gevoeligheid aan

ofwel in een toestand van intolerantie aan

minstens twee protease-inhibitoren voor deze 3 alternatieven.

Ik verbind mij ook ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, en in het bijzonder het bewijs van de voorgaande behandelingen, alsook het aantal CD4-cellen.

Ik weet dat de maximum dagdosering van 1200 mg is.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakerlijkerwijs de terugbetaling moet krijgen

van verpakkingen (max. 13) van 120 tabletten van 300 mg van de specialiteit PREZISTA.

van verpakkingen (max. 13) van 60 tabletten van 600 mg van de specialiteit PREZISTA.

II – B Het betreft een aanvraag tot verlening van terugbetaling voor een nieuwe periode van 12 maanden:

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat het voortzetten van de behandeling bij de hierboven vermelde patiënt een medische noodzaak is en dat de patiënt zich niet in een toestand van therapeutisch falen bevindt.

Ik weet dat de maximum dagdosering van 1200 mg is.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakerlijkerwijs de terugbetaling moet krijgen

van verpakkingen (max. 13) van 120 tabletten van 300 mg van de specialiteit PREZISTA.

van verpakkingen (max. 13) van 60 tabletten van 600 mg van de specialiteit PREZISTA.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

- _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)

(stempel van de arts)

..... (handtekening van de arts)