

Paragraaf 9560000	Paragraphe 9560000
a) De specialiteit Champix® komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt voorgeschreven als therapeutische ondersteuning van nicotine afhankelijke patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie.	a) La spécialité Champix® fait l'objet d'un remboursement si elle a été prescrite comme support thérapeutique chez les patients dépendants à la nicotine qui sont motivés pour arrêter de fumer, en association avec une thérapie comportementale de soutien.
Om de terugbetaling te bekomen, moet de rechthebbende aan de volgende criteria voldoen:	Pour obtenir le remboursement, le bénéficiaire doit répondre aux critères suivants:
- Minstens 18 jaar oud zijn.	- Etre âgé d'au moins 18 ans.
- Zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende arts om een ondersteunende gedragstherapie te volgen.	- Avoir manifesté son accord auprès du médecin traitant quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien.
b) De vergoeding wordt toegestaan voor maximum 3 rookstopopgingen over een periode van 5 jaar, waarbij elke rookstopopging bestaat uit :	b) Le remboursement est accordé pour maximum 3 essais d'arrêts tabagiques pour une période de 5 ans. Chaque essai d'arrêt tabagique consiste:
- één start/titratieverpakking (11 x 0,5 mg en 14 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 2 weken	- en un conditionnement de démarrage/titration (11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) correspondant à un traitement de 2 semaines
- en één opvolgverpakking (140 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 10 weken.	- et en un conditionnement d'entretien (140 x 1 mg) correspondant à un traitement de 10 semaines.
c) De vergoeding mag worden verdergezet op voorwaarde dat de behandelende arts nagaat of de rechthebbende een proefbehandeling (titratie therapie 11 x 0,5 mg en 14 x 1 mg) heeft gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen.	c) Le remboursement peut être continué à condition que le médecin traitant vérifie si le bénéficiaire a suivi un traitement d'essai (thérapie de titration 11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) qui a démontré que la spécialité est bien tolérée.
d) De bewijsstukken worden door de behandelende arts bewaard en ter beschikking van de adviserend geneesheer gehouden.	d) Les éléments de preuve sont conservés par le médecin traitant et tenus à la disposition du médecin-conseil.
e) Op basis van een aanvraagformulier ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende arts levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een attest af waarvan het model is aangebracht onder "e" van bijlage III van dit besluit voor een geldigheidsduur van 5 jaar dat de vergoeding toelaat van :	e) Sur base du formulaire de demande signé et dûment complété par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté pour une période de 5 ans autorisant le remboursement de :
- 3 start/titratieverpakkingen (11 x 0,5 mg en 14 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 2 weken	- 3 conditionnements de démarrage/titration (11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) correspondant à un traitement de 2 semaines
- en 3 opvolgverpakkingen (140 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 10 weken.	- et 3 conditionnements d'entretien (140 x 1 mg) correspondant à un traitement de 10 semaines.

ANNEXE A :Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CHAMPIX (§ 9560000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est dépendant à la nicotine et est motivé pour arrêter de fumer.

J'atteste que le patient :

- a au moins 18 ans
- a manifesté son accord quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien

Sur base de ces éléments, j'atteste que le patient ci-dessus a droit au remboursement de :

- 3 conditionnements de démarrage/titration (11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) correspondant à un traitement de 2 semaines
- et
- 3 conditionnements d'entretien (140 x 1 mg) correspondant à un traitement de 10 semaines

pour une période de 5 ans.

J'atteste que le patient ci-dessus sera revu en consultation, par mes soins, avant la fin de son traitement d'essai (thérapie de titration 11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) afin de contrôler la tolérance au traitement.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

III - Identification du médecin traitant mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Gegevens te verklaren door de behandelende arts:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt van nicotine afhankelijk is en gemotiveerd is om te stoppen met roken.

Ik verklaar dat de patiënt :

- minstens 18 jaar oud is
- zich akkoord heeft verklaard om een ondersteunende gedragstherapie te volgen.

Op basis van deze elementen, verklaar ik dat voor de hierboven vermelde patiënt de vergoeding noodzakelijk is van:

- 3 start/titratieverpakkingen (11 x 0,5 mg en 14 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 2 weken
en
- 3 opvolgverpakkingen (140 x 1 mg) overeenkomend met een behandeling van 10 weken.

over een periode van 5 jaar.

Ik verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, vóór het einde van de proefbehandeling (titratietherapie 11 x 0,5 mg en 14 x 1 mg), bij mij op consultatie zal gezien worden om na te gaan of de behandeling goed wordt verdragen.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviseerend-arts.

III - Identificatie van de behandelende arts in punt II hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - [] - [] - [] (RIZIV n°)

[] / [] / [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)