

BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier:

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit Xarelto
(§ 6390000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□

II - Elementen te bevestigen door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de bovenvermelde volwassen patiënt met DVT (diep veneuze trombose) een behandeling nodig heeft met Xarelto 15 mg 2 maal daags gedurende de eerste 3 weken voor de initiatie (2 per dag gedurende 3 weken), gevolgd door eenmaal daags Xarelto 15 mg of Xarelto 20 mg gedurende de voortgezette behandeling van diep veneuze trombose (DVT) en preventie van recidief DVT en pulmonale embolie (PE) na een acute DVT.

De duur van de vergoeding hangt samen met de behoeften van de behandeling per DVT, namelijk een korte behandelingsduur van maximaal 3 maanden na voordoen van risicofactoren van voorbijgaande aard en een langere behandelingsduur (6 tot 12 maanden) gebaseerd op permanente risicofactoren of idiopathische DVT.

Datum van DVT: □□ / □□ / □□□□

- ☐ De specialiteit zal worden toegediend met een dosis van tweemaal daags 15 mg gedurende de eerste drie weken, gevolgd door eenmaal daags 20 mg erna.

Ik vraag de terugbetaling aan voor:

- ☐ 3 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 1 verpakking 98 x 20 mg)
- ☐ 6 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 2 verpakkingen 28 x 20 mg + 1 verpakking 98 x 20 mg)
- ☐ 12 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 2 verpakkingen 28 x 20 mg + 3 verpakkingen 98 x 20 mg)
- ☐ Het betreft een patiënt met matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 30 - 49 ml/min) of ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15-29 ml/min), waarvoor ik het bloedings-risico hoger inschat dan het risico op recidief DVT en PE. De specialiteit zal worden toegediend met een dosis van tweemaal daags 15 mg gedurende de eerste drie weken, gevolgd door eenmaal daags 15 mg erna.

Ik vraag de terugbetaling aan voor:

- ☐ 3 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 1 verpakking 98 x 15 mg)
- ☐ 6 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 2 verpakkingen 28 x 15 mg + 1 verpakking 98 x 15 mg)
- ☐ 12 maand (1 verpakking 42 x 15 mg + 2 verpakkingen 28 x 15 mg + 3 verpakkingen 98 x 15 mg)

Bovenstaande combinaties slaan op een volledige behandelingsperiode van 3, 6 of 12 maanden na optreden van de DVT. Afhankelijk van de datum van de DVT zal de adviserend geneesheer de terugbetaling van de nodige verpakkingen toestaan vereist voor de behandeling van de patiënt om aan een totale behandelingsduur te komen van 3, 6 of 12 maanden.

Desgevraagd bezorg ik de bewijsstukken, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

III - Identificatie van de geneesheer arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)

□ - □□□□□ - □□ - □□□□ (RIZIV nr)

□□ / □□ / □□□□ (datum)

(stempel van de arts)

.....

(handtekening van de arts)