

BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** (§ 1880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

(Kleefbriefje)

II - Elementen die door de behandelend geneesheer moeten worden geattesteerd:

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt de voorwaarden vervult voor de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®**, zoals die zijn opgenomen in punt a) van § 1880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

1. (1.) Ofwel voor een behandeling in monotherapie, want hij vertoont een gedocumenteerde contra-indicatie tegen acetylsalicylzuur:

- (1.0.1.) antecedent van een ulcus en/of een gastro-intestinale bloeding veroorzaakt door de toediening van acetylsalicylzuur in een dosis van ≤ 325 mg/dag;
- (1.0.2.) antecedent van een astma-aanval veroorzaakt door de toediening van acetylsalicylzuur en nader onderzocht door een arts-specialist in de pneumologie;
- (1.0.3.) gedocumenteerd antecedent van Quincke-oedeem veroorzaakt door de toediening van acetylsalicylzuur;

en zich in tenminste één van de volgende klinische situaties bevindt:

- (1.1.1.) antecedent van een ischemisch cerebraal vasculair accident,
- (1.1.2.) het betreft een transitair ischemisch accident en ik beschik over een verslag van een neuroloog, neuropsychiater of een neurochirurg, dat de diagnose bevestigt;
- (1.2.) antecedent van een myocardinfarct;
- (1.3.) hij heeft een gedocumenteerde symptomatische perifere arteriële aandoening aan de onderste ledematen (gradiënt enkel/arm $\leq 0,85$ en/of afdoend protocol van een medische beeldvorming of een Doppler-onderzoek).

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 12 maanden, de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** moet krijgen.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale dosis van één tablet aan 75 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

- Het betreft een eerste machtigingsperiode;
- Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging.

2. (2.) Ofwel voor een behandeling in associatie met acetylsalicylzuur, want hij heeft op _____ / _____ / _____ :

- (2.1) een acuut coronair syndroom vertoont, waarvan de diagnose werd gesteld tijdens een verpleging in het ziekenhuis door het voorkomen op de elektrocardiogram van nieuwe veranderingen ST-T verenigbaar met een ischemie of door een verhoging van troponine I of T voor PCI (waarde ≥ 2 x de norm voor de gebruikte methode).

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 12 maanden de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** moet krijgen.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale dosis van één tablet aan 75 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

- (2.2) een plaatsing van een coronaire Drug Eluting Stent ondergaan (DES).

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 12 maanden de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** moet krijgen.



Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale dosis van één tablet aan 75 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

□ (2.3) een plaatsing van een coronaire Bare Metal Stent ondergaan (BMS).

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 4 weken de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** moet krijgen.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 4 weken aan een maximale dosis van één tablet aan 75 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt de voorwaarden vervult voor de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®**, zoals die zijn opgenomen in punt d) van § 1880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

3. □ (3.) Het betreft de hernieuwing van een machtiging die verleend is vóór de inwerkingtreding van de huidige reglementering en die haar geldigheid binnen haar vergoedingscategorie behoudt.

Nummer van de vergunning: _____

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 12 maanden de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL EG®** moet krijgen.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale dosis van één tablet aan 75 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

III - Identificatie van de behandelend arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (adres)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV-nr)

_____ / _____ / _____ (datum)

(stempel)

..... (handtekening van de arts)