Bijlage A: Model van aanvraagformulier:
Aanvraagormulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in §5530000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 APOTEX®**, zoals die zijn opgenomen in punt a) van §5530000 van hoofdstuk IV van het KB 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 toediening van acetylsalicylzuur in een dosis van ≤ 325mg/dag;
   ☐ (1.0.2.) antecedent van en 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 een van de volgende of de volgende klinische situaties bevindt:
   ☐ (1.1.1.) antecedent van een ischemisch cerebraal vasculair accident
   (☐ (1.1.2.) het betreft een trasistoir ischemisch accident en ik beschik over een verslag van een neuroloog, neuropsychiater of een neurochirurg, dat de diagnose bevestigt;
   ☐ (1.2.) antecedent van een myocardinfact;
   ☐ (1.3.) hij heeft een gedocumenteerde symptomatische perifere arteriële aandoening aan de onderste ledematen (gradiënt enkel/arm ≤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 adviserende geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 12 maanden de vergoeding van de specialiteit **CLOPIDOGREL APOTEX®** 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 de geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

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

2. Niet van toepassing

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)