Formulier voor aanvraag

Formulier voor de aanvraag tot terugbetaling van MIMPARA® voor de behandeling van secundaire hyperparathyroïdie bij dialysepatiënten met ernstige nierinsufficiëntie (§ 4020100 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

Ik, ondergetekende, geneesheer specialist in de nefrologie of in de inwendige geneeskunde verbonden aan een erkend dialysecentrum, attesteer dat de hierboven vermelde patiënt alle voorwaarden vervult van § 4020100 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001 voor de terugbetaling van een behandeling met de specialiteit MIMPARA®.

☐ **II – Eerste aanvraag voor de machtiging van terugbetaling van MIMPARA® voor de behandeling van secundaire hyperparathyroïdie**

De patiënt heeft ernstige nierinsufficiëntie, volgt een dialysebehandeling en bevindt zich ondanks een optimale therapie met een vitamine D derivaat en/of een fosfaatbinder gedurende minstens 6 maanden in één van de volgende klinische risicosituaties:
☐ iPTH (intact parathyroïd hormoon) waarden tussen 300 en 800 pg/ml gepaard gaande met een product calcium serum-spiegel x fosfor serum-spiegel groter dan 55 mg^2/dl^2
☐ iPTH waarden ≥ 800 pg/ml.

Op basis van deze elementen vraag ik de toestemming tot terugbetaling aan voor MIMPARA® voor een maximale periode van 4 maanden. De maximale vergoedbare dagelijkse dosering is 180 mg.

☐ **III – Verlenging machtiging tot terugbetaling van MIMPARA®:**

De patiënt bekwam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met MIMPARA® op basis van de voorwaarden uit § 4020100 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001. De laboresultaten, die bij deze aanvraag werden bijgevoegd, geven één van de volgende klinische situaties aan:
☐ iPTH (intact parathyroïd hormoon) waarde tussen 150 pg/ml en 300 pg/ml
☐ een afname van minstens 30% van de iPTH t.o.v. de beginwaarde voor de behandeling

Op basis van deze elementen vraag ik de verlenging aan van de terugbetaling van MIMPARA® voor een nieuwe periode van maximum 12 maanden. De maximale vergoedbare dagelijkse dosering is 180 mg.

IV – Identificatie van de geneesheer specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV nr)

/ / (datum)

(STEMPEL)

…… (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)