

Terugbetalingsaanvraag Nexiam®

Terugbetalingaanvraag voor een specialiteit die bij § 2130000 van hoofdstuk IV van het KB van 21-12-2001 ingeschreven is:

Ik ondergetekende, arts, verzeker dat mijn patiënt:

IDENTIFICATIE VAN DE BEGUNSTIGDE

Naam: _____

Voornaam: _____

Aansluitingsnr.: _____

I - Indicatie [punt a) van § 2130000 van hoofdstuk IV, KB 21-12-2001]:

zich bevindt in de klinische toestand zoals beschreven in het punt dat ik hieronder aankruiste en dat deze patiënt hierdoor terugbetaling van de vermelde behandeling nodig heeft, met de specialiteit: Nexiam®.

1. Ulcus duodeni, aangetoond door endoscopie (of door radiografieonderzoek in geval van onmogelijkheid gestaafd met documenten) gelijktijdig met de aanwezigheid van *Helicobacter pylori* behandeling met 2 x 20 mg per dag gedurende 7 dagen, in associatie met een aangepaste antibacteriële combinatie (Terugbetaling van 1 verpakking van 14 x 20 mg).
2. (niet van toepassing).
3. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie aangetoond door endoscopie:
 - 3.1. initiële behandeling met 40 mg per dag gedurende 28 dagen (Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg);
 - 3.2. refractair tegenover de oorspronkelijke behandeling met 40 mg per dag, aanvullende initiële behandeling met 40 mg per dag gedurende 28 dagen (Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg).
4. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie, aangetoond door endoscopie uitgevoerd tijdens de jongste 3 jaar wanneer de typische symptomen van refluxoesofagitis minstens twee keer per week opnieuw voorkomen na de startbehandeling die efficiënt was (De toelating voor terugbetaling is maximum 3 jaar geldig vanaf de datum van de betrokken endoscopie.):
 onderhoudsbehandeling met 20 mg per dag gedurende 6 maanden: (Terugbetaling van maximum 3 verpakkingen van 56 x 20 mg).
5. Oesofagitis graad C of D volgens de Los Angeles classificatie, aangetoond door endoscopie:
 - 5.1. oorspronkelijke behandeling met 40 mg per dag gedurende 4 weken (Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg);
 - 5.2. een aanvullende behandeling van 40 mg per dag gedurende 4 weken (Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 40 mg);
 - 5.3. continue onderhoudsbehandeling per periode van maximum 12 maanden, met een maximum posologie van 20 mg per dag (Terugbetaling van 1 verpakking van 28 x 20 mg + 6 verpakkingen van 56 x 20 mg).
6. (niet van toepassing).
7. (niet van toepassing).
8. (niet van toepassing).
9. De endoscopie toont geen oesofagitisletsels aan (graad 0) maar een pH-metrie van 24 uur toont een pH-waarde aan van minder dan 4 tijdens minstens 5% van de totale tijd of minstens 3% van de nacht: (de toelating voor terugbetaling is maximum 3 jaar geldig vanaf de datum van de betrokken pH-metrie).
 Onderhoudsbehandeling met maximum 20 mg per dag, voor een periode van maximum 6 maanden (Terugbetaling van 3 verpakkingen van 56 x 20 mg).

II - Eventuele bijzondere omstandigheden van § 2130000 van hoofdstuk IV, KB 21-12-2001:

- Punt b), indien van toepassing:

Ik attesteer bovendien dat de klinische toestand van bovenvermelde patiënt van die aard is dat ik medisch gezien oordeel dat het voorziene onderzoek op diagnostisch en therapeutisch vlak onvoldoende informatie zal opleveren in verhouding tot de risico's die de uitvoering van dit onderzoek inhoudt. In het medisch dossier van deze patiënt heb ik een gedetailleerd medisch verslag dat deze uitzonderlijke toestand bewijst evenals de indicatie die hierboven werd aangekruist. (Deze uitzonderlijke situaties zijn bijvoorbeeld mucoviscidose, ernstige oesofagale sclerodermie, langdurige bedlegerigheid, een ernstige mentale handicap die leidt tot een gedrag dat de uitvoering van het onderzoek belet.)

IDENTIFICATIE VAN DE ARTS

Naam:

Voornaam:

Adres:

.....

RIZIV-nr.:

Datum: - - -

Handtekening van de arts:

STEMPEL VAN DE ARTS: