BIJLAGE A - Model van het formulier voor aanvraag van vergoeding voor een eerste beoordelingsperiode

Formulier voor aanvraag van de vergoeding voor een eerste beoordelingsperiode voor de specialiteit PALEXIA RETARD en PALEXIA voor de behandeling van ernstige pijn (§ 9170000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Elementen geattesteerd door een arts

Ik ondergetekende,

verklaar dat bovenvermelde rechthebbende gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) van § 9170000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018:

- voorwaarden m.b.t. de leeftijd, 18 jaar of ouder;
- voorwaarden m.b.t. de diagnose van ernstige pijn die enkel met krachtige opioïden behandeld kan worden;
- Voorafgaandelijke behandelingen met sterke opioïden bleken niet succesvol,
    - omwille van neveneffecten, OF
    - omwille van onvoldoende analgetisch effect, OF
    - omwille van ontwikkeling van opioïde-geïnduceerde hyperalgesie onder andere sterke opioïden.

Hierbij verbind ik mij ertoe om alle bepalingen van de officiële SKP te respecteren en op te volgen.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met PALEXIA en PALEXIA RETARD, gedurende een eerste periode van 3 maanden.

Ik merk op dat, in geval van doorbraakpijn of geanticipeerde pijn exacerbatie (bv. door mobilisatie, wondverzorging, medische ingrepen, etc.), de keuze voor éénzelfde molecule (tapentadol) als noodmedicatie aangewezen is.

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer dan nodig de toegestane specialiteit voor te schrijven.

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

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

|_____| (stempel) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.04.2018

BIJLAGE B - Model van het formulier voor aanvraag van verlenging van vergoeding
Formulier voor aanvraag van verlenging van de vergoeding voor de specialiteit PALEXIA RETARD en PALEXIA voor de behandeling van ernstige pijn (§ 9170000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Elementen geattesteerd door een arts
Ik ondergetekende,
verklaar dat bovenvermelde rechthebbende gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) van § 9170000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018:

- voorwaarden m.b.t. de leeftijd, 18 jaar of ouder;
- voorwaarden m.b.t. de diagnose van ernstige pijn die enkel met krachtige opioïden behandeld kan worden;
- Voorafgaandelijke behandelingen met sterke opioïden bleken niet succesvol,
    - omwille van neveneffecten, OF
    - omwille van onvoldoende analgetisch effect, OF
    - omwille van ontwikkeling van opioïde-geïnduceerde hyperalgesie onder andere sterke opioïden.

Ik verklaar aldus dat bovenvermelde rechthebbende reeds vergoeding heeft genoten van de specialiteit PALEXIA RETARD of PALEXIA zoals vermeld in paragraaf §9170000 van hoofdstuk IV van dit besluit; en dat bij de evaluatie de verlenging van de behandeling zorgvuldig werd heroverwogen.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met PALEXIA en PALEXIA RETARD, gedurende een periode van 12 maanden.

Hierbij verbind ik mij ertoe om alle bepalingen van de officiële SKP te respecteren en op te volgen.

Ik merk op dat, in geval van doorbraakpijn of geanticipeerde pijn exacerbatie (bv. door mobilisatie, wondverzorging, medische ingrepen, etc.), de keuze voor éénzelfde molecule (tapentadol) als noodmedicatie aangewezen is.

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer dan nodig de toegestane specialiteit voor te schrijven.

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

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

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

|1|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

| | (stempel) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.04.2018