

TERUGBETALINGSAANVRAAG VOOR LYRICA®

in categorie Bf

Specialiteit opgenomen in § 358 van hoofdstuk IV van de bijlage van het KB van 21/12/2001.

I. IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

Naam:

Voornaam:

Adres:

Naam van titularis:

Verzekeringsorganisme:

Nr.:

Belastingzegel

1^{ste} terugbetalingaanvraag

(periode van maximum 6 maanden)

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt ouder is dan 18 jaar en aan neuropathische pijn lijdt die veroorzaakt is door:

- diabetische polyneuritis
- postherpetische neuralgie

en dat een voorafgaande analgetische behandeling met amitriptyline onvoldoende doeltreffend bleek of niet verdragen werd of medisch contra-geïndiceerd is.

Ik verklaar, in het medisch dossier dat voor deze patiënt bewaard wordt, te beschikken over een verslag dat de diagnose en de noodzaak van het gebruik van pregabaline bevestigt, opgesteld door een geneesheer-specialist op basis van de IASP (International Association for the Study of Pain)-criteria, rekening houdend met de medische en chirurgische antecedenten, het algemeen klinisch en neurologisch onderzoek, de analyse van de vertoonde tekens en symptomen en de nodige aanvullende onderzoeken. Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze patiënt recht heeft op de terugbetaling van de specialiteit LYRICA® voor een periode van maximum 6 maanden, voor de behandeling van zijn neuropathische pijn.

Aanvraag tot verlenging van de terugbetaling

(per periode van maximum 12 maanden)

Op basis van bijgevoegd omstandig verslag dat de doeltreffendheid van de behandeling bij bovengenoemde patiënt bevestigt, verklaar ik dat het voortzetten van deze behandeling medisch gerechtvaardigd is en vraag ik voor deze patiënt de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit LYRICA® voor een periode van maximum 12 maanden.

II. IDENTIFICATIE VAN DE ARTS

Naam:

Voornaam:

RIZIV Nr.:

Datum: /..... /.....

Stempel en handtekening