

**Bijlage A:**

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit ingeschreven in § 9260000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018

**I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

\_\_\_\_\_ (aansluitingsnummer)

**II -  Eerste aanvraag (maximaal 6 maand):**

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat de voormelde patiënt(e) lijdt aan een hyperurikemie bij jicht (met of zonder tofi) en bij wie de urinezuurstreefwaarde in serum niet is bereikt met een geschikte dosis allopurinol alleen en die behoort tot minstens één van de volgende categorieën:

lijdt aan matige nierinsufficiëntie (creatinine klaring 30–59 ml/min) en bij wie, ondanks een langzame optitratie volgens de richtlijnen van de EULAR, onvoldoende effect van allopurinol bekomen wordt wegens sub-optimale dosering met allopurinol omwille van dosis-limiterende factoren.

bij wie, ondanks een volgens de richtlijnen van de EULAR langzaam opgestarte en effect-getitreerde allopurinol behandeling van minstens 10 weken, de serumuraatspiegel niet onder 6 mg/dL daalt of opnieuw 6 mg/dL of meer bedraagt.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

**III -  Vernieuwing (maximaal 12 maand):**

Ik, ondergetekende arts, vraag voor voormelde patiënt(e) die lijdt aan een hyperurikemie bij jicht (met of zonder tofi), een hernieuwing van de terugbetaling van Zurampic in combinatie met een allopurinol aan, en bij wie de werkzaamheid van de Zurampic wordt aangetoond door een serumuraatspiegel van minder dan 6 mg/dL.

serum uraatgehalte bedraagt recent .....mg/dL

**en**

de behandeling met Zurampic wordt goed verdragen.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

De gelijktijdige terugbetaling van specialiteiten op basis van lesinurad en specialiteiten op basis van febuxostat wordt niet toegelaten.

**III – Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

[ 1 ] - [ ] - [ ] - [ ] (RIZIV n°)

[ ] / [ ] / [ ] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)