

Terugbetalingaanvraag DAKAR®

Terugbetalingaanvraag voor een specialiteit die bij de § 107 van hoofdstuk IV van het KB 21-12-2001 ingeschreven is:

Ik, ondergetekende arts, verzeker dat mijn patiënt:

IDENTIFICATIE VAN DE BEGUNSTIGDE

Naam:

Voornaam:

Aansluitingsnummer:

I- Indicatie (punt a) van § 107 van hoofdstuk IV, KB 21-12-2001:

zich bevindt in de chronische toestand beschreven in het punt dat ik hieronder aankruiste en dat deze patiënt hierdoor terugbetaling van de vermelde behandeling nodig heeft, met de specialiteit DAKAR

1. Ulcus duodeni

aangetoond door endoscopie (of door radiografieonderzoek in geval van onmogelijkheid gestaafd met documenten):

- 1.1. behandeling met 30 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 X 30 mg)
- 1.2. refractair tegenover de andere behandelingen, behandeling met 30 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 X 30 mg)

2. Maagulcus, aangetoond door endoscopie (of door radiografieonderzoek, in geval van onmogelijkheid gestaafd met documenten):

- 2.1. behandeling met 30 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 X 30 mg)
- 2.2. refractair tegenover de andere behandelingen, behandeling met 30 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 X 30 mg)

3. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie, aangetoond door endoscopie :

3. 1. initiële behandeling met 30 mg per dag gedurende 28 dagen
(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 X 30 mg)
3. 2. refractair tegenover de oorspronkelijke behandeling met 30 mg per dag, aanvullende initiële behandeling met 30 mg per dag gedurende 56 dagen
(Terugbetaling van 2 verpakkingen van 28 X 30 mg)

4. Oesofagitis graad A of B volgens de Los Angeles classificatie, aangetoond door endoscopie uitgevoerd tijdens de jongste 3 jaren wanneer de typische symptomen van refluxoesofagitis minstens twee keer per week opnieuw voorkomen na de start-behandeling die efficiënt was (de toelating voor terugbetaling is maximum 3 jaar geldig vanaf de datum van de betrokken endoscopie):

4. 1. onderhoudsbehandeling met 15 mg per dag, gedurende 6 maanden:
(Terugbetaling van maximum 3 verpakkingen van 56 X 15 mg
of van 2 verpakkingen van 84 X 15 mg)
4. 2. onderhoudsbehandeling met 30 mg per dag, gedurende 6 maanden, wanneer de onderhoudsbehandeling met 15 mg per dag niet efficiënt gebleken is:
(Terugbetaling van maximum 6 verpakkingen van 28 X 30 mg)

5. Oesofagitis graad C of D volgens de Los Angeles classificatie, aangetoond door endoscopie:

5. 1. oorspronkelijke behandeling met 30 mg per dag gedurende 16 weken;
(Terugbetaling van 4 verpakkingen van 28 X 30 mg)
5. 2. continue onderhoudsbehandeling gedurende maximum 12 maanden, met 15 mg per dag.

(Terugbetaling van maximum 1 verpakking van 28 X 15 mg + 4 verpakkingen van 84 X 15 mg)

5. 3. continue onderhoudsbehandeling gedurende 12 maanden, met 30 mg per dag, wanneer de onderhoudsbehandeling met 15 mg per dag niet efficiënt gebleken is.

(Terugbetaling van 13 verpakkingen van 28 X 30 mg)

6. Ernstige hemorragische gastritis, aangetoond door endoscopie, behandeling met 30 mg per dag gedurende 28 dagen.

(Terugbetaling van 1 verpakking van 28 X 30 mg)

7. (niet toepasselijk)

8. Syndroom van Zollinger-Ellison, per periode van 12 maanden:

Voorgeschieden dagelijkse posologie en gevraagde verpakkingen:

(De maximale posologie die terugbetaald kan worden, bedraagt 180 mg per dag)

9. (niet toepasselijk)

II- Eventuele bijzondere omstandigheden van § 107 van hoofdstuk IV, KB van 21-12-2001

Punten 4.1., 4.2., 5.2., of 5.3., indien van toepassing:

ik attesteer dat de bovenvermelde patiënt lijdt aan een Barrett-mucosa, en hiermee verbind ik mij ertoe om regelmatig een endoscopisch onderzoek uit te voeren volgens de aanbevelingen in het Juryrapport van de RIZIV-consensusvergadering van 15.5.2003 te Brussel op blz 16-17 op <http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/pharmanet/consensus/2003-05-15/lv-nl.pdf>.

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 aankruist.

(Deze uitzonderlijke situaties zijn bijvoorbeeld ernstige oesofagale sclerodermis, 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:

RIZIVnummer:

DATUM: - -

Stempel

Handtekening van de arts