Bijlage A : Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 3530000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II - Elementen die door de behandelende geneesheer-specialist moeten worden geattesteerd:

Ik, ondergetekende, geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt de voorwaarden vervult voor de vergoeding van de specialiteit MYFORTIC 180mg / MYFORTIC 360mg, zoals opgenomen in punt a) van § 3530000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

1. ☐ Voor de behandeling van patiënten behandeld met mycofenolaat mofetil met ernstige diarree met minstens 3 losse stoelgangen/dag gedurende minstens 7 opeenvolgende dagen, waarbij volgende onderzoeken en/of therapeutische opties geen of onvoldoende effect hadden:

   ☐ 1.1 Stoppen van niet-noodzakelijke, niet-immunosuppressieve medicatie met diarree als gekende bijwerking;

   ☐ 1.2 Diagnostiek en behandeling (indien nodig) van intestinale infecties, met inbegrip van intestinale CMV infectie;

   ☐ 1.3 Dosisadaptaties van de actuele immunosuppressiva.

2. ☐ Voor de behandeling van patiënten aan wie reeds een machtiging tot terugbetaling werd verleend voor de specialiteit MYFORTIC vóór de inwerkingtreding van de huidige reglementering van § 3530000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 en voor wie de klinische noodzaak tot behandeling met MYFORTIC kan worden gestaafd.

   Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van al die elementen verklaar ik dat deze patiënt gedurende een periode van 12 maanden de vergoeding van de specialiteit ………………………………………….. (naam van de specialiteit ingeschreven in § 3530000) moet krijgen.

3. Het betreft een:

   ☐ 3.1 Eerste machtigingsperiode;

   Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van 1.440 mg/dag verzekert.

   Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

   ☐ 3.2 Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging.

   Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van 1.440 mg/dag verzekert.

   Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

III – Identificatie van de behandelende geneesheer-specialist (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.):

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

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

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

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

(stempel) .... (handtekening van de geneesheer-specialist)