BIJLAGE A : model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit PRAVAFENIX (§ 6540000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam en aansluitingsnummer)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II - Elementen door de behandelende geneesheer te attesteren

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de patiënt hierboven vermeld de voorwaarden vervult die voorkomen in § 6540000 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit PRAVAFENIX.

a) Voorwaarden met betrekking tot de situatie van de patiënt
Vergoeding in categorie B :

⊔ Behandeling na monotherapie:
Inderdaad, de patiënt voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden na het verkrijgen van de vergoeding van pravastatine in categorie B conform de voorwaarden van de paragraaf met betrekking tot dat statine.
Ondanks een behandeling van tenminste 3 maanden met dat statine, gebruikt in monotherapie aan de meest werkzame en tegelijk best verdragen dosis voor deze patiënt, vertoont hij

⊔ (1.) Ofwel een triglyceridenspiegel die hoger blijft dan 190 mg/dl en het HDL cholesterol lager dan 40 mg/dl, en bevindt hij/zij zich tegelijkertijd in de volgende riscosituatie:
- de berekening van het individuele absolute cardiovasculaire risico een resultaat geeft bij de patiënt nu (of had, of zou geven op een bepaalde datum (*)) gelijk aan of hoger dan 5 % op 10 jaar, waarbij dit risico werd berekend op basis van het SCORE model aangepast aan de Belgische situatie (Rev. Med. Liege 2005 ; 60 : 3 : 163-172) rekening houdend met de leeftijd, het geslacht, het totale cholesterolniveau, de systolische arteriële druk en tabagisme.

(*) in het geval dat het volgen van een behandeling met een hypolipemiërend geneesmiddel momenteel een verbetering van zijn/haar risicoprofiel heeft veroorzaakt.

⊔ (2) Ofwel een triglyceridenspiegel die hoger blijft dan 175 mg/dl en het HDL cholesterol lager dan 40 mg/dl, en bevindt hij/zij zich tegelijkertijd in één van de twee volgende riscosituaties :
⊔ (2.1) Antecedent van minstens één arteriële aandoening (gedocumenteerd door een bijkomend technisch onderzoek in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden) :
⊔ (2.1.1) ofwel coronair : infarct, geobjectiveerde angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass, coronaire angioplastie

⊔ (2.1.2.) ofwel cerebraal : cerebrovasculair trombotisch accident, gedocumenteerd transitoir ischemisch accident
⊔ (2.1.3.) ofwel perifeer: gedocumenteerd claudicatio intermittens
⊔ (2.2.) Type 2 diabetes indien de patiënt ouder is dan 40 jaar;Type 1 diabetes indien microalbuminurie aanwezig is

Ik beschik over een voorafgaand advies van een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, in de cardiologie of in de endocrinologie, dat de noodzaak van deze behandeling bevestigt.

b) Voorwaarden met betrekking tot het voorschrijven van de specialiteit PRAVAFENIX bij deze patiënt
Ik verbind mij ertoe, bij het voorschrijven van de specialiteit PRAVAFENIX voor deze patiënt, rekening te houden met een maximale vergoedbare dosering die beperkt is tot de maximale dagelijkse dosis zoals gedefinieerd in de officiële bijsluiter, en de impact van de behandeling na te gaan door jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, waarvan melding zal gemaakt worden in zijn/haar medisch dossier.
Ik verbind mij er ook toe rekening te houden met de niet-vergoeding van de specialiteit, tegelijk met deze van een ander hypolipemiërend geneesmiddel (statine, ezetimibe, fibraat, resinaat of een nicotinezuurderivaat), behalve indien aan de voorwaarden voor de bedoelde associatie, zoals ze voorkomen in de reglementering van het andere hypolipemiërend geneesmiddel, is voldaan.
Ik houd de bewijsstukken die de hierboven geattesteerde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

III - Identificatie van de behandelende geneesheer (naam, voornaam, RIZIV nr)

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

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

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

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

(stempel) (handtekening van de geneesheer)

Versie geldig vanaf 01.06.2013