

BIJLAGE A – MODEL VAN AANVRAAGFORMULIER :

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van rivaroxaban (§ 12830200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018)

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

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de behandelende arts :

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan niet-valvulair atriumfibrilleren en zich bevindt in één van volgende situaties :

- ☐ de rechthebbende heeft een cardioversie nodig;
- ☐ de rechthebbende heeft een katheterablatie nodig.

Ik verklaar tevens :

- ☐ dat ik weet dat voor het aantal vergoedbare verpakkingen rekening wordt gehouden met een maximale posologie overeenkomstig de bepalingen die in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP) van de betrokken farmaceutische specialiteit zijn vermeld;
- ☐ dat ik weet dat voor het aantal vergoedbare verpakkingen rekening wordt gehouden met de duur van de behandeling met de betrokken farmaceutische specialiteit, dewelke beperkt is tot :
 - 1 maand in geval van cardioversie;
 - 4 maanden in geval van katheterablatie.
- ☐ kennis te hebben genomen van de bepalingen die in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP) van de betrokken farmaceutische specialiteit zijn vermeld, meer bepaald dat :
 - een maximale posologie van 1x15mg per dag wordt aangeraden voor rechthebbenden met een matige tot ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring respectievelijk 30 tot 49 ml/min en 15 tot 29 ml/min).
 - de betrokken farmaceutische specialiteit niet mag worden gebruikt bij een creatinineklaring <15 ml/min.
- ☐ dat ik weet dat gelijktijdige vergoeding van de betrokken farmaceutische specialiteit met andere orale anticoagulantia van de categorie B-303 of B-235 nooit is toegelaten;

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende zich op het moment van de aanvraag in de onder punt a) van § 12830200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01-02-2018 vermelde situatie bevindt.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken met betrekking tot de situatie van de betrokken rechthebbende ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Ik verbind mij ertoe de bepalingen vermeld onder punt b) en e) van § 12830200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01-02-2018 te respecteren.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor de betrokken rechthebbende de vergoeding van de betrokken farmaceutische specialiteit noodzakelijk is.

III - Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld:

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)