<u>Bijlage A :</u> Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier :
Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dabigatran (§ 5220100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

<u>I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling) :</u>

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (inschrijvingsnummer)

<u>II – Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts :</u>

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 5220100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

⊔ Inderdaad deze rechthebbende heeft een geprogrammeerde heupvervangende operatie op ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum) ondergaan.

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende voor een periode van maximum 35 dagen aansluitend op deze heupvervangende operatie de vergoeding moet krijgen :

⊔ Aan een posologie van max. 220 mg per dag van de betrokken farmaceutische specialiteit.

OF

⊔ Aan een posologie van max. 150 mg per dag van de betrokken farmaceutische specialiteit. *(voor een rechthebbende ouder dan 75 jaar en/of lijdend aan matige nierinsufficiëntie en/of behandeld met amiodarone en/of behandeld met verapamil)*

⊔ Inderdaad deze rechthebbende heeft een geprogrammeerde knievervangende operatie op ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum) ondergaan.

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende voor een periode van maximum 10 dagen aansluitend op deze knievervangende operatie de vergoeding moet krijgen :

⊔ Aan een posologie van max. 220 mg per dag van de betrokken farmaceutische specialiteit.

OF

⊔ Aan een posologie van max. 150 mg per dag van de betrokken farmaceutische specialiteit.
(voor een rechthebbende ouder dan 75 jaar en/of lijdend aan matige nierinsufficiëntie en/of behandeld met amiodarone en/of behandeld met verapamil).

Ik verklaar dat ik weet dat gelijktijdige vergoeding van de farmaceutische specialiteit met andere orale anticoagulantia van de categorie B-303 of B-235 nooit is toegelaten.

<u>III – Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld :</u>

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nr)

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

| (stempel van de arts) | ..... (handtekening van de arts)