

BIJLAGE A : model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit op basis van Ezetimibe/simvastatine (§8350100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II – Vraag voor terugbetaling

Ik, ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de patiënt hierboven vermeld de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8350100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit op basis van Ezetimibe/simvastatine

Deze patiënt lijdt aan een familiale hypercholesterolemie en werd vooraf behandeld

☐ met een statine in monotherapie

De voorafgaande behandeling met een statine werd vergoed in categorie A voor een familiale hypercholesterolemie 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, blijft het LDL cholesterol gehalte hoger dan 115 mg/dl (100 mg/dl in geval van familiale voorgeschiedenis van vroegtijdig coronair lijden of diabetes (*)).

(*) ☐ (2.1.) Type 2 diabetes indien de patiënt ouder is dan 40 jaar

☐ (2.2.) Type 1 diabetes indien microalbuminurie aanwezig is

Ik beschik over een voorafgaand advies van een arts-specialist in de inwendige geneeskunde of in de cardiologie dat de noodzaak van deze bitherapie bevestigt.

☐ met een bitherapie (statine + ezetimibe)

De voorafgaande toediening van ezetimibe met een statine werd aan deze patiënt terugbetaald in categorie A voor een familiale hypercholesterolemie conform de voorwaarden van de paragraaf met betrekking tot deze geneesmiddelen.

Ik verbind mij ertoe bij het voorschrijven van deze specialiteit 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.

Ik verbind mij ertoe 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 houd de bewijsstukken die de hierboven geattesteerde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze patiënt de terugbetaling op basis van Ezetimibe/simvastatine dient te krijgen.

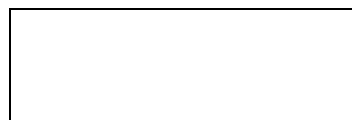
III - Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, n° RIZIV)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - [] - [] - [] (RIZIV n°)

[] / [] / [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)