

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van rifaximine volgens § 9530000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, arts-specialist met Riziv-nummer dat eindigt op 580, 588, 650, 651, 653, 659 of 987 verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden om de vergoeding van rifaximine, toegevoegd aan een behandeling met vergoedbare lactulose, voor de preventie van nieuwe episodes van manifeste hepatische encefalopathie te verkrijgen, namelijk:

- Het gaat om een volwassen rechthebbende met de diagnose van levercirrose;
- De rechthebbende had minstens 2 antecedenten van manifeste hepatische encefalopathie, gedefinieerd als CONN-score ≥ 2 (of West Haven schaal genoemd) op een schaal van 0-4;
- Actueel is de rechthebbende zonder hepatische encefalopathie, gedefinieerd als CONN-score ≤ 1 op een schaal van 0-4;
- Uitlokkende factoren zoals infecties, gastro-intestinale bloedingen, geneesmiddelen, nierfalen zijn reeds maximaal gecorrigeerd voor de start van de behandeling met rifaximine;
- De rechthebbende vertoont geen intestinale obstructie noch andere vormen van ileus.

Ik weet dat het maximaal aantal vergoedbare verpakkingen 6 bedraagt, voor een maximale vergoedbare dagdosis van 550 mg tweemaal per dag.

Ik verbind mij ertoe om al de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, en die op eenvoudig verzoek te bezorgen.

Ik vraag een eerste periode aan van behandeling van 24 weken.

Ik vraag een vervolgperiode aan van behandeling van 24 weken.

(naam)
 (voornaam)
 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

(stempel)

(handtekening van de arts)