

BIJLAGE A : Model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van een specialiteit ingeschreven in § 6790300 of in § 6790400 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

.....

II – Elementen te bevestigen door de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling:

Multifocale Motor Neuropathie (NMM):

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist in de

neurologie

of

neuropsychiatrie,

verbonden aan een Neuromusculair Referentie Centrum (NMRC), verklaar dat al de voorwaarden onder punt a) 1 van § 6790300 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 6790300) bij deze patiënt vervuld zijn:

- Voorwaarden met betrekking tot de verstoring van de dagelijkse handelingen, met aanwezigheid van de diagnosecriteria zoals opgenomen in de recentste richtlijnen van de 'European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society'.
- Voorwaarden met betrekking tot de diagnosestelling inv een Neuromusculair Referentie Centrum.

Ik weet dat gedurende een initiële periode van 6 maanden, het aantal terugbetaalde verpakkingen rekening houdt met een totale maximale hoeveelheid van 2,0g/kg/3 weken, voor het geheel aan kuren in deze periode, en dat de initiële kuur indien nodig gevolgd wordt door onderhoudskuren waarbij de frequentie en de dosis bepaald worden door de klinische tekens van herval van de motorische uitval. De totale maximum hoeveelheid bedraagt 2,0g/kg/3 weken. Ik verbind me ertoe de laagst mogelijke efficiënte dosis te gebruiken en het langst mogelijke efficiënte interval.

Ik weet eveneens dat de terugbetaling van het vervolg van de behandeling voor nieuwe periodes van 6 maanden en voor een maximale dosis van 2,0g/kg/3 weken slechts mag toegekend worden voor zover er om de 6 maanden een nieuwe klinische evaluatie plaatsvindt door een NMRC of Neuromusculair Referentie Centrum.

Ik weet ook dat de vergoedbaarheid beperkt is tot hernieuwbare periodes van maximaal 6 maanden. Bovendien verbind ik me ertoe om ten behoeve van de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te houden die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde toestand bevindt, in het bijzonder het protocol van het electromyografisch onderzoek.

Op basis van de hierboven vernoemde elementen, attesteer ik dat de patiënt de vergoeding nodig heeft van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 6790300)

voor een initiële periode van 6 maanden vergoedbaarheid

voor een verlenging van de vergoedbaarheid met 6 maanden (de laatste klinische evaluatie in een NMRC vond plaats op .. / .. / ..).

Chronische Inflammatoire Demyeliniserende Polyneuropathie (CIDP):

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist in de

neurologie

of

neuropsychiatrie,

verbonden aan een Neuromusculair Referentie Centrum (NMRC), verklaar dat al de voorwaarden onder punt a) 1 van § 6790400 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 6790400) bij deze patiënt vervuld zijn:

- Voorwaarden met betrekking tot de matig tot ernstige verstoring van de dagelijkse handelingen, met aanwezigheid van de diagnosecriteria zoals opgenomen in de recentste richtlijnen van de 'European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society'.
- Voorwaarden met betrekking tot de vaststelling van een gedocumenteerde contra-indicatie voor een perorale behandeling met corticoïden.
- Voorwaarden met betrekking tot de diagnosestelling inv een Neuromusculair Referentie Centrum.

Ik weet dat gedurende een initiële periode van 6 maanden, het aantal terugbetaalde verpakkingen rekening houdt met een totale maximale hoeveelheid van 2,0g/kg/3 weken, voor het geheel aan kuren in deze periode, en dat de initiële kuur indien nodig gevolgd wordt door onderhoudskuren waarbij de frequentie en de dosis bepaald worden door de klinische tekens van herval van de motorische uitval. De totale maximum hoeveelheid bedraagt 2,0g/kg/3 weken. Ik verbind me ertoe de laagst mogelijke efficiënte dosis te gebruiken en het langst mogelijke efficiënte interval.

Ik weet eveneens dat de terugbetaling van het vervolg van de behandeling voor nieuwe periodes van 6 maanden en voor een maximale dosis van 2,0g/kg/3 weken slechts mag toegekend worden voor zover er om de 6 maanden een nieuwe klinische evaluatie plaatsvindt door een NMRC of Neuromusculair Referentie Centrum.

Ik weet ook dat de vergoedbaarheid beperkt is tot hernieuwbare periodes van maximaal 6 maanden. Bovendien verbind ik me ertoe om ten behoeve van de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te houden die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde toestand bevindt, in het bijzonder het protocol van het electromyografisch onderzoek.

Op basis van de hierboven vernoemde elementen, attesteer ik dat de patiënt de vergoeding nodig heeft van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 6790400)

voor een initiële periode van 6 maanden vergoedbaarheid

voor een verlenging van de vergoedbaarheid met 6 maanden (de laatste klinische evaluatie in een NMRC vond plaats op / / .

III – Identificatie van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

(naam)
 (voornaam)
 1- (RIZIV nr.)
 / / (Datum)

(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE ARTS)