

Aanvraagformulier voor vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 4280000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018

| (naam)

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

| (aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, arts in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden noodzakelijk voor het verkrijgen van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 4280000) zoals gesteld in punt a) van § 4280000 van hoofdstuk IV het K.B. van 1 februari 1918:

- onweerstaanbare dwang om de benen te bewegen,
- verergeren van de symptomen in rust,
- tijdelijke verbetering van de symptomen door activiteit,
- verergeren van de symptomen 's avonds of 's nachts.

Bovendien is de IRLS score volgens de internationale schaal voor het scoren van RLS meer dan 15, ondanks instellen van hygiëne-
diëtische maatregelen gedurende minstens zes weken met name: stoppen van elke substantie die het RLS kan uitlokken of verergeren
zoals nicotine, alcohol, cafeïne, elke dopamine antagonist.

Daarnaast is zijn serumferritine gehalte normaal en werden diabetes, een perifere neuropathie, anemie, een onregelmatig werk die kan interfereren met het slaap/waakritme, een belangrijke psychiatrische voorgeschiedenis of voorgeschiedenis van drugsgebruik, en zwangerschap uitgesloten en er is anamnestic en klinisch geen evidentie voor een andere neurologische aandoening noch voor een andere slaapstoornis zoals narcolepsie of slaapapnoe.

Ik weet dat de vergoedbare dosis beperkt is tot 0,54 mg pramipexol base per dag.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken ter beschikking te houden van de adviserend arts met name de ingevulde IRLS vragenlijst die aldus aantonen dat de patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

☐ Het gaat om een **eerste aanvraag tot vergoeding** en op basis van voorgaande elementen attesteer ik dat de patiënt een terugbetaling van een specialiteit op basis van pramipexol nodig heeft voor een maximale periode van 4 maanden

OF

☐ De behandeling is werkzaam gebleken en ik meen dat de verlenging van vergoedbaarheid medisch verantwoord is en dat de thans vereiste dosis

0. ☐☐☐ mg/dag (maximum 0.54 mg/dag) is

Ik vraag bijgevolg voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan de bovenvermelde dosis per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

III – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) in punt II hierboven vermeld:

| (naam)

| (voornaam)

1 - - - - - (n° RIZIV)

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

(stempel)

(handtekening van de arts)