

Bijlage A: Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier:

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit SELINCRO (§ 6880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I. - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

XX

II. Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde,

- algemeen geneeskundige
- specialist in de neuropsychiatrie
- specialist in de psychiatrie
- specialist in de interne geneeskunde
- specialist in de gastro-enterologie

vraagt

Eerste aanvraag

- het betreft een eerste aanvraag

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, attesteer dat de hierboven vermelde patiënt minstens 18 jaar oud is en dat

- hij een alcoholafhankelijkheid vertoont zoals gedefinieerd volgens de DSM-IV criteria: de patiënt heeft in de loop van de 12 laatste maanden minstens 3 criteria uit volgende lijst vertoont
 - Een tolerantie (hogere hoeveelheid alcohol nodig om een intoxicatie te bekomen/gewenst effect of effect gedaald bij continu gebruik van eenzelfde hoeveelheid alcohol)
 - Typische ontweningsverschijnselen of alcoholconsumptie ter verlichting of vermijden van de ontweningsverschijnselen
 - Alcohol wordt veelal in grotere hoeveelheden genomen of op een langere periode dan verwacht.
 - Voortdurende verlangen of vruchteloze pogingen ter vermindering of controle van de alcoholinname.
 - Aanzienlijke periode nodig om intoxicatie te bekomen of alcohol te verbruiken, of om van de effecten te bekomen.
 - Afhaken of daling van de sociale, professionele of belangrijk recreatieve activiteiten ten gevolge van de alcohol.
 - Voortzetting van de alcoholconsumptie ongeacht de notie van het bestaan van een aanhoudend of terugkerend lichamelijke of psychische problemen die waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd zijn door de alcohol

- Hij een hoog risico alcoholconsumptie vertoont (verbruik \geq 60 g/dag voor mannen en \geq 40 g/per dag voor vrouwen) bij het eerste gesprek gedateerd op
- Hij een hoog risico alcoholconsumptie vertoont (verbruik \geq 60 g/dag voor mannen en \geq 40 g/per dag voor vrouwen) bij het volgend gesprek (minstens 15 dagen na het eerste gesprek) gedateerd op
- Hij geen directe ontgiftiging nodig heeft.

Ik bevestig dat de behandeling met Selincro® voorgeschreven wordt in associatie met een continue psychosociale opvolging welke gericht is op de therapeutische opvolging en de vermindering van het alcoholverbruik.

Derhalve bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan de terugbetaling van een behandeling van 6 maanden van, ofwel

- verpakkingen van 7 tabletten (maximum 2)
- verpakkingen van 14 tabletten (maximum 12).

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevond, ter beschikking van de adviserend geneesheer te houden.

Aanvraag tot verlenging

- Het betreft een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling voor een nieuwe periode van 6 maanden.

Ik bevestig dat de patiënt minstens 18 jaar oud is welke op het moment van de eerste aanvraag een alcoholafhankelijkheid vertoont met een hoog risico alcoholconsumptie (verbruik \geq 60 g/dag voor mannen en \geq 40 g/per dag voor vrouwen) welke geen directe ontgiftiging vereist, en die al een terugbetaalde behandeling met Selincro® gedurende een periode van minstens 6 maanden volgens de voorwaarden van § 6880000 heeft genoten.

Ik bevestig dat deze behandeling efficiënt is gebleken ten op zichte van de klinische situatie van de patiënt voor de start van de behandeling met een verbetering van de klinische toestand van de patiënt.

Op basis van deze doeltreffendheid, attesteer ik dat de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit Selincro® voor een periode van 6 maanden medisch verantwoord is aan een posologie van maximum één tablet per dag.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat de patiënt de terugbetaling nodig heeft van 13 verpakkingen (maximum 13) van 14 tabletten.

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(naam)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(voornaam)
X-XXXXXX-XX-XXXX	(N° RIZIV)
XX / XX / XXXX	(datum)

(stempel) (handtekening van de geneesheer)