

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dolutegravir (§ 7170100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, arts-specialist verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende geïnfecteerd is door het HIV-1 en dat hij aan alle voorwaarden gesteld in § 7170100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voldoet:

- Voor de rechthebbende die dit geneesmiddel al neemt, verklaar ik dat het voortzetten van de behandeling bij de hierboven vermelde rechthebbende een medische noodzaak is en dat de rechthebbende zich niet in een toestand van therapeutisch falen bevindt.

- U aan een dagdosis van 100 mg per dag (filmomhulde tabletten) of aan de maximale dosis van 60mg per dag (dispergeerbare tabletten)
(in geval van een gelijktijdige inname van verschillende geneesmiddelen uit de SKP van deze specialiteit).

- ☐ Op basis van deze elementen, vraag ik voor deze rechthebbende de vergoeding aan voor deze specialiteit 10 mg filmomhulde tabletten, voor deze specialiteit 25 mg filmomhulde tabletten, of voor deze specialiteit 30mg (dispergeerbare tabletten), aan de dosis voor pediatrische gebruik als door de SKP aanbevolen

Ik verbind mij ook ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn deze rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

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

--

.....

(handtekening van de arts)