Model A : Model van aanvraagformulier:
Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit TIVICAY(§ 7170200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II – Elementen te attesteren door de voorschrijver verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft:

☐ II – A Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling voor een periode van 12 maanden:
Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, specialist in de inwendige geneeskunde of pediatrie, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt geïnfecteerd is door het HIV en dat hij/zij aan alle voorwaarden gesteld in § 7170200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voldoet:

Inderdaad, de patiënt is geïnfecteerd door het HIV
En bevindt zich in een staat van virologisch falen aan ten minste één anti-retrovirale polytherapie
ofwel ⊔ een virus met resistentie aan
ofwel ⊔ een virus met bewezen minder gevoeligheid aan
een integrase inhibitor voor deze 2 alternatieven

Bovendien verbind ik mij ertoe de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, en in het bijzonder het bewijs van voorafgaandelijke behandelingen. Ik weet dat de maximale dagdosis 100 mg bedraagt.

Op basis van deze elementen, attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding nodig heeft van ____ verpakkingen (max. 25) van 30 tabletten van 50 mg van de specialiteit TIVICAY gedurende een periode van 12 maanden.

☐ II – B Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor een nieuwe periode van 12 maanden:
Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat het voortzetten van de behandeling bij de hierboven vermelde patiënt een medische noodzaak is en dat de patiënt zich niet in een toestand van therapeutisch falen bevindt. Ik weet dat de maximale dagdosis 100 mg is.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs de terugbetaling moet krijgen van ___ verpakkingen (max. 25) van 30 tabletten van 50 mg van de specialiteit TIVICAY.

III - Identificatie van de voorschrijvende arts verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

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

|1|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

| | (stempel) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.12.2016