BIJLAGE D: Overgangsmaatregelen voor de rechthebbenden die een terugbetaling van EBIXA hebben gekregen vóór de datum van 01/06/2011
Model van formulier voor verlenging van terugbetaling van EBIXA die niet samen met een inhibitor van de cholinesterase gebruikt is.
Aanvraagformulier tot VERLENGING van de terugbetaling van een specialiteit opgenomen in § 2880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

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

II – Aanvraag tot VERLENGING (na tenminste 6 maanden terugbetaling):

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan matig ernstige tot ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat deze patiënt momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging na ten minste 6 maanden terugbetaling, zoals ze vermeld zijn in punt h) van § 2880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- voorwaarden met betrekking tot de MMSE-score (Mini Mental State Examination) die niet lager ligt dan 3;
- voorwaarden met betrekking tot het nut van het voortzetten van de behandeling, gebaseerd op een globale evaluatie van de patiënt door de arts specialist vermeld in punt a) 1, die tenminste een globale klinische evaluatieschaal zoals Clinical Global Impression of Change schaal (CGI-C) omvat.

Bovendien verbind ik me ertoe de bewijselementen die stellen dat de betrokken patiënt zich in de beschreven situatie bevond ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Deze patiënt is niet met een inhibitor van cholinesterase behandeld.

III – Gevraagde specialiteit en modaliteiten met betrekking tot de evolutie van de patiënt:

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 6 maanden noodzakelijkerwijs een verlenging van de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit:
……

Gewenste dosering: _____
Gewenst type verpakking: _____
Gewenst aantal verpakkingen: _____
(naam van de specialiteit ingeschreven in § 2880000 en vermelding van de dosering, het type en het aantal gewenste verpakkingen, rekening houdend met een maximale dagelijkse dosering van 20 mg)

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de terugbetaling van het eventuele voorschrijven van de toegestane specialiteit aan te vragen wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 3 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

IV – Identificatie van de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

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

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

Reset

Versie geldig vanaf 01.04.2015