

Model van het aanvraagformulier tot terugbetaling van de combitherapie PEGINTRON (§ 2350200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001) plus REBETOL (§ 1910000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001) of RIBAVIRINE SANDOZ (§ 5950000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

Voornaam en naam van de rechthebbende:

Adres van de rechthebbende:

Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling:

(of zelfklever ziekenfonds)

Ik ondergetekende, behandelende arts, erkend specialist in de gastro-enterologie of in de inwendige geneeskunde, dien volgende aanvraag in voor de terugbetaling van de specialiteiten PEGINTRON plus REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ voor mijn patiënt die lijdt aan een chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal verhoogde ALT met minstens 1 maand interval bepaald, een positief serum HCV-RNA en een histologisch onderzoek na leverbiopsie.

Dit histologisch onderzoek is niet vereist in geval van viraal genotype 2, viraal genotype 3, hemofilie of gelijktijdige behandeling met anticoagulantia

Bovendien heeft de rechthebbende bij histologisch onderzoek, indien een biopsie vereist is zoals aangegeven in de eerste alinea hierboven, een inflammatie of fibrose. In geval van cirrose mag het chronisch leverlijden niet meer zijn dan een score A volgens de Child-Pugh index.

EN

Ik verbind mij ertoe desgevraagd de bewijsstukken te bezorgen aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

Aanvraag tot terugbetaling voor een eerste periode van 24 weken

Ik verbind mij ertoe om de behandeling niet verder te zetten, wanneer de doeltreffendheid niet werd aangetoond conform aan wat de Samenvatting van de ProductKenmerken (SPK) aangeeft voor het betrokken genotype en de lijn van antivirale behandeling

Andere situatie: naïeve patiënt met genotypes 2/3. Het blijft bij maximaal 1 periode van 24 weken.

Aanvraag tot hernieuwde terugbetaling voor een periode van 24 weken.

De doeltreffendheid werd aangetoond conform aan wat de Samenvatting van de ProductKenmerken (SPK) aangeeft voor het betrokken genotype en de lijn van antivirale behandeling.

Gewicht van de patiënt: kg

De voorgeschreven dosis voor de patiënt is PEGINTRON is 1,5 µg/kg/week en REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 à 7 caps/dag

Voor 24 weken:

<input type="checkbox"/> < 40 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/dag (doos van 168 caps)	4 dozen
<input type="checkbox"/> 40 – 64 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 80 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/dag (doos van 168 caps)	4 dozen
<input type="checkbox"/> 65 - 75 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 100 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/dag (doos van 168 caps)	5 dozen
<input type="checkbox"/> 76 - 80 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/dag (doos van 168 caps)	5 dozen
<input type="checkbox"/> 81 - 85 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/dag (doos van 168 caps)	6 dozen
<input type="checkbox"/> 86 - 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 150 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/dag (doos van 168 caps)	6 dozen
<input type="checkbox"/> > 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 150 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 7 caps/dag (doos van 168 caps)	7 dozen

Identificatie van de arts-specialist in de gastroenterologie of in de inwendige geneeskunde

(naam, voornaam, adres, RIZIVnr):

..... (naam)

..... (voornaam)

1-□□□□□-□□-□□□□ (RIZIV nr)

□□/□□/□□□□ (datum)

Stempel en handtekening van de arts

De specialiteit wordt vergoed als is aangetoond dat ze toegediend wordt voor de behandeling van volwassen rechthebbenden die lijden aan chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal verhoogde ALT met minstens 1 maand interval bepaald, een positief serum HCV-RNA en een histologisch onderzoek na leverbiopsie. Dit histologisch onderzoek is niet vereist in één van de volgende gevallen:

- viraal genotype 2
- viraal genotype 3
- hemofilie
- gelijktijdige behandeling met anticoagulantia

Bovendien heeft de rechthebbende bij histologisch onderzoek, indien een biopsie vereist is zoals aangegeven in de eerste alinea hierboven, een inflammatie of fibrose. In geval van cirrose mag het chronisch leverlijden niet meer zijn dan een score A volgens de Child-Pugh index.

De betrokken rechthebbenden voor een combibehandeling met PEGINTRON en REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ zijn:

- ofwel naïeve patiënten, met inbegrip van patiënten met een klinische stabiele HIV co-infectie;
- ofwel patiënten in herbehandeling na falen van een eerdere behandeling met interferon alfa (gepegyleerd of niet-gepegyleerd) of bitherapie met interferon alfa (gepegyleerd of niet-gepegyleerd) plus ribavirine.

Voor de aanvragen tot vergoedingen PEGINTRON plus REBETOL (hoofdstuk IV § 1910000) of RIBAVIRINE SANDOZ (hoofdstuk IV § 5950000) richt de behandelende arts-specialist in de gastroenterologie of in de inwendige geneeskunde een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier waarvan het model in annex 2 is opgenomen, naar de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, waarin hij verklaart dat zijn patiënt voldoet aan alle voormelde vergoedingsvoorwaarden. Hij engageert zich de bewijsstukken desgevraagd te bezorgen aan de geneesheer-adviseur van de verzekeringsinstelling.

Bovendien, engageert de bovenvermelde arts-specialist zich ertoe om de behandeling niet langer voort te zetten wanneer de doeltreffendheid ervan niet is aangetoond bij de betrokken rechthebbende conform aan wat de Samenvatting van de ProductKenmerken (SPK) aangeeft voor het betrokken genotype en de lijn van antivirale behandeling.

Op basis van het bovenvermelde aanvraagformulier met het engagement van de arts-specialist, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de beide machtigingen uit waarvan het model is vastgesteld onder "b" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 24 weken.

Behalve voor de naïeve patiënten met viraal genotype 2 of 3, waar de geldigheidsduur zal beperkt zijn tot 24 weken, mogen deze machtigingen tot vergoeding nadien vernieuwd worden voor een enkele periode van 24 weken maximum, op basis van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier door bovenvermelde arts-specialist.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit PEGINTRON met de specialiteiten INTRONA, ROFERON A, PEGASYS of COPEGUS is nooit toegestaan.