

**Aanvraagformulier :**

Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit BARACLUD 1 mg (§ 4270000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01.02.2018)

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

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (naam)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (voornaam)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (aansluitingsnummer)

**II. □ Eerste aanvraag:**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de voormelde volwassen patiënt(e) een infectie met het hepatitis B-virus vertoont in één van de volgende situaties:

□ een chronische actieve hepatitis B waarbij een voorafgaande behandeling met lamivudine van minstens 6 maand haar doeltreffendheid verloren is. De viremie is > 2.000 UI/mL en de transaminasen zijn gestegen;

□ patiënt met cirrose Child-Pugh stadium A voorbehandeld met lamivudine ;

□ patiënt met cirrose Child-Pugh stadium B of C;

□ patiënt onderging een orgaantransplantatie of hematopoëtische stamceltransplantatie;

□ patiënt staat op de wachtlijst voor een orgaantransplantatie of hematopoëtische stamceltransplantatie.

Ik vraag de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van entecavir 1 mg aan met een maximale dagdosering van 1 mg.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend arts.

**III. □ Aanvraag tot verlenging:**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, vraag voor voormelde volwassen patiënt(e), een verlenging van de terugbetaling van BARACLUD 1 mg aan. Ik bevestig dat de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van 1 mg zijn werkzaamheid niet verloren heeft noch dat er HBs seroconversie optrad.

Ik vraag de verlenging van terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van entecavir 1 mg aan met een maximale dagdosering van 1 mg.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend arts.

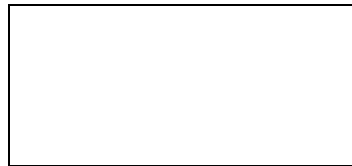
**IV. Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):**

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (naam)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (voornaam)

[ 1 ] - [ | | | | | ] - [ | | ] - [ | | | ] (n° RIZIV)

[ | | ] / [ | | ] / [ | | | | | ] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)