

Apotheek
Campus St.-Jan
T +32 (0)89 80 23 43
e-mail: apotheek.secretariaat@zol.be

Hoofdapotheeker M. Stragier
(T 089 80 23 41)

Apothekers

Apr. K. Bosmans
(T 089 80 23 45)
Apr. I. Crul
(T 089 80 23 46)
Apr. S. De Sy
(T 089 80 23 48)
Apr. V. Forrester
(T 089 80 23 55)
Apr. C. Gilissen
(T 089 80 23 49)
Apr. E. Hendrickx
(T 089 80 23 50)
Apr. T. Hulshagen
(T 089 80 23 51)
Apr. M. Jansen
(T 089 80 23 52)
Apr. A. Martens
(T 089 80 23 53)
Apr. J. Mebis
(T 089 80 23 54)
Apr. E. Swinnen
(T 089 80 23 56)
Apr. L. Switten
(T 089 80 23 57)
Apr. I. Symens
(T 089 80 23 58)
Apr. R. Vandecruys
(T 089 80 23 60)
Apr. C. Vandevelde
(T 089 80 23 61)
Apr. M. Van den Heuvel
(T 089 80 23 59)

ACS
(T 089 80 23 71)
Distributie
(T 089 80 23 85)



Betreft: Vancomycine siroop in de ambulante praktijk

DOEL: verderzetting van de behandeling van *Clostridioides difficile* die opgestart werd in het ziekenhuis

HOE: vancomycine siroop (125mg/10ml) magistraal te bereiden door de privéapotheker

KOST VOOR DE PATIËNT: vancomycine is als grondstof terugbetaald mits attest. Het attest is als bijlage toegevoegd bij deze brief.

WAT DOEN:

- Vul attestaanvraag in en geef deze mee aan de patiënt (ARTS)
 - Onder punt II Elementen te bevestigen door de behandelende arts dient u de grondstof 'vancomycine' in te vullen en het paragraaf nummer 33 (achter \$)
- Voeg een verslag bij deze aanvraag waarin vermeld wordt: de noodzaak, periode en dosering. (ARTS)
- Maak per 4 dagen behandeling één voorschrift (ARTS)
- Geef een afbouwschema mee aan de patiënt (ARTS)
- Bezorg de attestaanvraag + verslag aan de adviserend geneesheer van de mutualiteit (PATIËNT)
- Ga naar een privé-apotheek met het voorschrift (PATIËNT)

A21) Model van formulier voor een aanvraag tot terugbetaling

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling, voor een product waarvoor de vergoedingsvoorwaarden, zoals bepaald in deel I van de lijst in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 geen specifiek aanvraagformulier opleggen.
(optioneel)

I – Identificatie van de rechthebbende:

Naam :

Voornaam :

Adres :

INSZ-nr :

II – Elementen te bevestigen door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om een vergoeding te verkrijgen voor:

..... (naam van het product)

§..... (indien het een grondstof is van hoofdstuk IV van de bijlage (lijst) bij het KB van 23.11.2021, Deel I –, titel 3)

☐ Het gaat over een eerste aanvraag tot machtiging

Ik voeg bij deze bijlage A21 een gedetailleerd medisch rapport bij waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt.

☐ Het gaat over een verlenging van de machtiging

(☐ Vink het overeenkomstige vakje aan)

Ik verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, inbegrepen, in voorkomend geval, indien de voorwaarden voorzien dat de aanvraag moet opgesteld worden door een arts die houder is van een bijzondere medische kwalificatie, een attest van een arts die deze kwalificatie bezit, die bevestigt dat de voorwaarden wel degelijk vervuld zijn bij deze patiënt.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding voor dit product moet krijgen voor de periode voorzien in de reglementering van de hierboven vermelde paragraaf.

III- Identificatie van de behandelende arts:

Naam :

Voornaam :

Adres :

RIZIV-nr:

.....DATUM

STEMPEL

.....HANDTEKENING VAN DE ARTS