

BIJLAGE B : Model van het formulier van aanvraag tot verlenging

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 6780000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van colitis ulcerosa bij de volwassene

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling :

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling van ernstige colitis ulcerosa met een specialiteit ingeschreven in § 6780000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018.

Eerste verlenging

Ik bevestig dat de aanvangsbehandeling doeltreffend is in de eerste 8 weken, aangetoond door een daling van de Mayo-score (schaal 0-12 punten) met minstens 3 punten en door een daling van de rectale bloeding-subscore (schaal 0-3 punten) met minstens 1 punt - tenzij de subscore 0 of 1 bedroeg – vergeleken met de aanvangswaarde op week 0.

Aanvangswaarden van de Mayo-score en de subscore rectale bloedingen.....op week 0.

Huidige waarden van de Mayo-score..... en de subscore rectale bloedingenop week 8.

of

Latere verlenging

Ik bevestig dat de onderhoudsbehandeling klinisch doeltreffend gebleven is en dat de waarde van de rectale bloedingsscore niet stijgt.

Waarde van de subscore rectale bloedingen op week 14:.....

Huidige waarde van de subscore rectale bloedingen:

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 6780000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voor maximum 12 maanden.

Het aantal verpakkingen waarvoor ik de terugbetaling vraag, houdt rekening met een toedieningsfrequentie van 40 mg éénmaal om de 2 weken.

..... maximum 13 verpakkingen van 2 spuitjes/stylo's van adalimumab 40mg (2 x 40 mg)

OF

..... maximum 4 verpakkingen van 6 spuitjes/stylo's van adalimumab 40mg (6 x 40 mg) en maximum 1 verpakking van 2 spuitjes/stylo's van adalimumab 40mg (2 x 40 mg)

Ik weet dat, indien ik vaststel conform de bepalingen vermeld onder punt b) van § 6780000 van hoofdstuk IV van het KB van 01-02-2018, dat de toedieningsfrequentie dient verhoogd te worden boven het aantal vergoedbare verpakkingen hierboven aangevraagd, de vergunninghouder of de distributeur van de specialiteit de supplementaire verpakkingen gratis dient te leveren, op mijn vraag, die ik zal richten tot deze vergunninghouder. Ik verbind mij ertoe de nodige stappen te zetten tot uitvoering van deze bepaling.

Ik verbind me ertoe elke verdere behandeling met een specialiteit ingeschreven in § 6780000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 te stoppen indien de klinische verbetering verloren gaat, gemeten door een stijging van de waarde van de rectale bloeding-subscore.

Bovendien verbind ik me ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

III - Identificatie van de arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde

[] (naam)

[] (voornaam)

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

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



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)