BIJLAGE A: model van aanvraagformulier:
Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van nitisinone (§ 11000000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018)

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist verbonden aan een Centrum in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigden die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole aandoening;

Ik ondergetekende arts-specialist erkend in ……………………………………………… (vermeld de specialisatie) verklaar dat de hierboven vermelde volwassen rechthebbende lijdt aan alkaptonurie (AKU , genetisch bevestigd en dat hij voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van §11000000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018:

□ **1. Het betreft de eerste aanvraag**
De rechthebbende is nooit eerder behandeld met deze specialiteit.

In bijlage aan het huidig aanvraagformulier, voeg ik het resultaat van de genetische test voor AKU toe.

□ **2. Het betreft de verlenging van de aanvraag**
Ik meen dat de behandeling met deze specialiteit moet verder gezet worden, aangezien de rechthebbende minstens één periode van vergoeding van deze specialiteit bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 11000000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 waarbij de vorige toegestane periode afgelopen is.

Ik stel vast dat de rechthebbende, onder behandeling met deze specialiteit voldoende klinische evolutie vertoont en deze specialiteit voldoende verdraagt.

Op basis van bovenvermelde gegevens en op basis van het feit dat:

- Ik beschik over alle bewijsstukken van de diagnose van de rechthebbende.
- Ik verbind mij ertoe om jaarlijks een klinisch bilan uit te voeren (jaarlijkse bepaling van HGA in de urine en bepaling van tyrosinegehalte in het plasma).
- Ik verbind mij ertoe alle bewijsstukken die de geattesteerde gegevens bevestigen ter beschikking te houden van de adviserend arts.
- Ik verklaar dat de rechthebbende een vergoeding gedurende 12 maanden dient te verkrijgen voor een behandeling met deze specialiteit en ik weet dat de maximale posologie van 10 mg per dag is.
- Ik verbind me er eveneens toe, indien deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit zal verkregen hebben, aan het College van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken rechthebbende, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt g) van § 11000000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018.

Bovendien, verklaar ik dat ik weet dat de vergoeding van deze specialiteit stopt indien de plasmawaarde van tyrosine niet daalt beneden de 925 µmol/L.

3. Wat mijn praktijk en de identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker aangaat:

3.1 Ik ben sinds ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ verbonden aan een Centrum zoals hieronder vermeld, die erkend is in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigden die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole aandoening:
Naam en volledig adres van het Centrum zijn de volgende:

……...……
……
……...……
……...

Identificatienummer voor de RIZIV Conventie van dit Centrum: 7.89 - ⊔⊔⊔-⊔⊔.

(In bijlage voeg ik een attest van de verantwoordelijke arts van dit Centrum, die deze toekenning bevestigt).

3.2 Identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker, die met ons Centrum samenwerkt:
Naam en voornaam:……

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is:
7.10-⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔
Adres:
……...……
……
……...……...
……

III – Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

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