

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit op basis van iptacopan (§ 13580000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018).

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan C3 glomerulopathie (C3G), en voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 13580000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018.

a) Ik verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende lijdt aan complement 3 glomerulopathie (C3G), gediagnosticeerd aan de hand van een nierbiopsie die werd uitgevoerd in de 12 maanden voorafgaand aan de beslissing voor het starten van de behandeling met de specialiteit op basis van iptacopan.

☐ Urinaire Protéine Creatinine Ratio (UPCR) > 1.0 gr/gr.

EN

- Verminderde concentratie C3 < 77mg/dL.

EN

□ Geschatte glomerulaire filtratie snelheid (eGFR) > of = 30 mL/min/1.73m².

c) Het betreft een rechthebbende behandeld met een maximale getolereerde dosis van een angiotensine-converterend enzymremmer (ACEi) of een angiotensine II-receptorblokker (ARB) gedurende minimaal 3 maanden.

Het betreft een rechthebbende die voldoet aan al de volgende voorwaarden:

□ Urinaire Proteïne Creatinine Ratio (UPCR) < 1.0 gr/gr en/of > of = 50% reductie in vergelijking met de waarde op het moment van de start van de behandeling met de specialiteit op basis van iptacopan.

EN

- Concentratie C3 > 77mg/dL.

EN

□ Geschatte glomerulaire filtratie snelheid (eGFR) > of = 30 mL/min/1.73m².

Ik ben arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie.

Ik ben sinds uu / uu / uuuu verbonden aan het hieronder vermelde ziekenhuis :

Naam en volledig adres van deze hospitaaldienst zijn de volgende :

Naam en voornaam :

.....

RIZIV-nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is : 7.10 - 444 - 44 - 444

Adres :

Ik verbind me ertoe aan de adviserend arts de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt.

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

- ☐ Het een eerste aanvraag betreft (*) voor toelating van vergoeding bij een rechthebbende die nog niet behandeld is met de specialiteit op basis van iptacopan.
- ☐ Het een eerste aanvraag betreft (*) voor toelating van vergoeding bij een rechthebbende die reeds werd behandeld vóór 01.11.2025 met een niet-vergoedbare specialiteit op basis van iptacopan in het kader van een individuele aanvraag voor medische nood.
- ☐ Het een aanvraag tot verlenging van vergoeding (*) betreft van de specialiteit op basis van iptacopan, want deze rechthebbende heeft reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit op basis van iptacopan, bekomen op basis van de voorwaarden van § 13580000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018, waarbij de vorige toegestane periode afgelopen is. Ik meen dat deze behandeling met de specialiteit op basis van iptacopan moet worden verdergezet.

(*) In bijlage aan het huidige aanvraagformulier, voeg ik een gedetailleerd medisch rapport toe waarin op chronologische wijze de vroegere en recente evolutie van de aandoening wordt beschreven (inbegrepen andere antecedenten, klinisch onderzoek, oorsprong van de vroegere en huidige toegediende behandeling(en)), alsook de motivering voor het starten en/of verderzetten van de voorgestelde behandeling vergezeld van de protocollen en de resultaten die uitgevoerd worden in het kader van de diagnostiek en/of de opvolging van de doeltreffendheid van de behandeling om de geattesteerde elementen in punt II te bevestigen.

Ik bevestig dat deze rechthebbende een vergoeding gedurende 12 maanden dient te verkrijgen met de specialiteit op basis van iptacopan met een maximale posologie van 200 mg, tweemaal daags oraal in te nemen, volgens de aanbevelingen voor de posologie zoals opgenomen in de SKP.

III - Identificatie van de arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie, in punt II hierboven vermeld :

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)