BIJLAGE A : Model van formulier voor een eerste aanvraag :
Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van golimumab ingeschreven in §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van actieve polyarticulaire juveniele idiopatische artritis.

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

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

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

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

II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de reumatologie of een arts-specialist in de kindergeneeskunde die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van polyarticulaire juveniele idiopathische artritis :

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, of, arts-specialist in de kindergeneeskunde die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, verklaar dat aan de voorwaarden gesteld in punt a) van §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 is voldaan voor de vergoeding van de toediening van een specialiteit ingeschreven in §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 aan deze rechthebbende, daar deze toediening is gebeurd onder de omstandigheden zoals beschreven onder punt III hieronder.

III – Situatie van de rechthebbende die momenteel de toediening van een specialiteit ingeschreven in §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 nodig heeft (aankruisen en aanvullen wat van toepassing is) :

Ik verklaar dat het gaat over een rechthebbende van 2 jaar of ouder, die aan een actieve polyarticulaire juveniele idiopatische artritis lijdt, en tegelijk aan alle voorwaarden voldoet gesteld in punt a) van §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

- Voorwaarden met betrekking tot een aangetoonde intolerantie of een onvoldoende respons op een behandeling met methotrexaat gebruikt met een posologie van ten minste 10 mg/m²/week gedurende ten minste 3 maanden.
- Voorwaarden met betrekking tot de aanwezigheid van een actieve synovitis ter hoogte van ten minste vijf gewrichten.
- Voorwaarden betrekking hebbende op de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose, evenals de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose.
-

Ik bevestig dat ik voor de adviserend arts een formulier ter beschikking houd met de beschrijving van de klinische toestand volgens het model in bijlage B van §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018, en dat alle rubrieken volledig ingevuld en ondertekend werden vóór het aanvangen van de behandeling, door mezelf en, in desbetreffend geval door de arts-specialist in de pneumologie.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding noodzakelijk is van een behandeling met een specialiteit ingeschreven in §14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 , gedurende een periode van 6 maanden.

Het aantal vergoedbare verpakkingen houdt rekening met een maximale dosis van 45 mg golimumab voor een rechthebbende vanaf 10 kg en minder dan 40 kg, of met een dosis van 50 mg golimumab voor een rechthebbende van 40 kg of meer, éénmaal per maand, altijd op dezelfde dag van de maand, subcutaan toegediend.

Ik vraag dus voor de rechthebbende de vergoeding aan van de verpakkingen, waarvan het vereiste aantal de behandeling gedurende de eerste 6 maanden verzekert, hieronder wordt vermeld, rekening houdend met :

- Het gewicht van de rechthebbende :
  - ⊔⊔⊔ kg (gewicht van de rechthebbende).
  - Op ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (datum waarop de rechthebbende werd gewogen).

- Wat, voor een behandeling van 6 maanden, het noodzakelijke aantal verpakkingen brengt op :

  □ Voor een rechthebbende vanaf 10 kg en minder dan 40 kg :

  ⊔⊔ Maximum 6 verpakkingen van....................……….. (naam van de specialiteit op basis van golimumab 45 mg/0,45 mL ingeschreven in §1418000).

☐ Voor een rechthebbende van 40 kg of meer :

␣␣ Maximum 6 verpakkingen van..…….…… (naam van de specialiteit op basis van golimumab 50 mg ingeschreven in §14180000).

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van golimumab met één van de specialiteiten op basis van etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab of tofacitinib nooit is toegestaan.

Indien het een arts-specialist in de kindergeneeskunde die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van polyarticulaire juveniele idiopathische artritis betreft :

Ik acht mezelf ervaren in de opvolging (diagnose en behandeling) van pediatrische rechthebbenden met polyarticulaire juveniele idiopathische artritis op basis van de volgende elementen :

1. ☐ Ik ben verbonden sinds ␣␣␣ maanden (sinds ␣␣ / ␣␣ / ␣␣␣␣)
   Aan het hieronder vermelde centrum, gespecialiseerd in de <u>multidisciplinaire zorg</u> van pediatrische reumatologie :
   Naam en exact adres van deze hospitaaldienst zijn de volgende :
   ……
   ……
   ……
   ……

2. ☐ Andere elementen die ik terzake acht :
   ……
   ……
   ……
   (Eventuele aanvullende referenties in bijlage : ␣).

<u>IV – Identificatie van de arts-specialist in de reumatologie of de arts-specialist in de kindergeneeskunde die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van polyarticulaire juveniele idiopathische artritis (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer) :</u>

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

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

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

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

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