BIJLAGE D : Model van het aanvraagformulier voor vergoeding na vroegere, niet-vergoede behandeling
Aanvraagformulier voor vergoeding na een niet-vergoede behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van golimumab voor de behandeling van een actieve polyarticulaire juveniele idiopatische artritis bij rechthebbenden van 2 jaar of ouder (§14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).
(Deze procedure is slechts geldig gedurende een overgangsperiode van 6 maanden, vanaf 01.11.2026, met betrekking tot paragraaf 14180000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

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

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

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

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

II – Elementen te verklaren door de geneesheer-specialist in de reumatologie of door 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 de hierboven vermelde rechthebbende 2 jaar of ouder is en reeds gedurende minstens 6 maanden met niet-vergoede verpakkingen van de farmaceutische specialiteit op basis van golimumab behandeld werd voor actieve polyarticulaire juveniele idiopatische artritis, en dat deze rechthebbende, vóór de instelling van de behandeling, tegelijk voldeed aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van §14180000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018, in dit geval de 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, tot de aanwezigheid van een actieve synovitis ter hoogte van ten minste vijf gewrichten, en op de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose, evenals de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose.

Ik bevestig dat deze niet-vergoede behandeling van minstens 6 maanden doeltreffend is gebleken door een vermindering met minstens 20% van het aantal gewrichten aangetast door actieve synovitis, in vergelijking met de klinische situatie van de rechthebbende vóór het begin van de behandeling.

Op basis hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende in aanmerking komt voor een verlenging van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van golimumab, gedurende een maximumperiode van 12 maanden.
Ik vraag dus voor de rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen aan, waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren hieronder wordt vermeld, rekening houdend met :

- De vooropgestelde begindatum van de vergoede verlenging van de behandeling : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔
- Het gewicht van de rechthebbende :
    - ⊔⊔⊔ kg (gewicht van de rechthebbende).
    - Op ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (datum waarop de rechthebbende werd gewogen).

- Wat, voor een behandeling van 12 maanden, het noodzakelijke aantal verpakkingen brengt op :

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

    ⊔⊔ Maximum 12 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 12 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.

III – Noodzakelijk aanvullend verslag :

Zoals vereist in punt f') van §14180000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018, voeg ik bij dit formulier een omstandig verslag dat de verschillende elementen beschrijft met betrekking tot de voorgaande niet-vergoede behandeling met de specialiteit op basis van golimumab.

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

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

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

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

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

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