

BIJLAGE C : Model van het formulier van aanvraag tot verlenging :

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van tocilizumab voor een actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis (§9400100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018).

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

Ik ondertekende, 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 vergoeding heeft verkregen voor een behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van tocilizumab gedurende minstens zes maanden voor een actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, die onvoldoende onder controle is.

Ik bevestig dat deze behandeling 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 patiënt vóór het begin van de behandeling.

Op basis hiervan heeft deze rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van deze specialiteit gedurende een periode van 12 maanden.

Ik vraag de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling te verzekeren gedurende 12 maanden hieronder vermeld wordt, rekening houdend met :

- Het gewicht van de rechthebbende :
- _____ kg (gewicht van de rechthebbende)
- Op _____ (datum waarop de rechthebbende werd gewogen)
- Een maximumdosis van 8 mg/kg bij rechthebbenden die 30 kg of meer wegen, of een posologie van 10 mg/kg bij rechthebbenden die minder dan 30 kg wegen, per infusie, één keer om de 4 weken.
- Het aantal vereiste verpakkingen per infusie :
____ Flacon(s) van 4 mL oplossing voor infusie.
____ Flacon(s) van 10 mL oplossing voor infusie.
____ Flacon(s) van 20 mL oplossing voor infusie.

Daarenboven, verbind ik mij ertoe, indien nodig, het aantal verpakkingen te herzien in functie van de evolutie van het gewicht van de rechthebbende en de bewijsstukken die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van tocilizumab met één van de specialiteiten op basis van adalimumab, etanercept en abatacept, 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 pediatrie patiënten 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 multidisciplinaire zorg van pediatrie reumatologie :

Naam en exact adres van deze hospitaaldienst zijn de volgende :

.....
.....
.....

2. Andere elementen die ik terzake acht :

.....
.....
..... (Eventuele aanvullende referenties in bijlage: 1).

III – 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) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)