

BIJLAGE A :

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de **verlenging van de behandeling** met de betrokken specialiteit (§ 10740200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01 februari 2018).

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II – Voorwaarden te attesteren door de aanvrager :

Ik ondergetekende, arts-specialist :

- ☐ In de neurologie.
- ☐ In de neuropsychiatrie.

Verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende aan de volgende cumulatieve voorwaarden voldoet:

De rechthebbende werd reeds eerder behandeld met de betrokken specialiteit :

- ☐ In de context van een eerdere vergoedbare behandeling met de betrokken specialiteit.
- ☐ In de context van een eerdere niet-vergoedbare behandeling met de betrokken specialiteit; in dat geval attesteer ik dat bovenvermelde rechthebbende aan onderstaande voorwaarden voldoet :
 - ☐ De volwassen rechthebbende voldoet aan de IHS-diagnosecriteria van migraine zonder aura, migraine met aura of chronische migraine.
 - ☐ Bij de rechthebbende is een profylactische behandeling voor migraine aangewezen wegens de frequentie en/of de intensiteit van de migraine-aanvallen.
 - ☐ Bij de rechthebbende faalden ten minste de volgende profylactische behandelingen wegens een tolerantieprobleem of wegens onvoldoende respons (zijnde een reductie kleiner dan 50% van het aantal migrainedagen per maand tijdens de behandeling in vergelijking met de 4 weken voor de start van de behandeling) ondanks toediening van een volledige en adequate behandelingskuur.

Profylactische behandelingen :

- ☐ Ten minste een bèta-blokker (propranolol, metoprolol, atenolol, bisoprolol of timolol).
- ☐ Niet van toepassing wegens contra-indicatie.

En

- ☐ Ten minste topiramaat.
- ☐ Niet van toepassing wegens contra-indicatie.

En

- ☐ En ten minste één van volgende behandelingen.

(alle voorgaande preventieve migraine-behandelingen aankruisen) :

- ☐ valproïnezuur/valproaat
- ☐ amitriptyline
- ☐ venlafaxine
- ☐ flunarizine
- ☐ candesartan
- ☐ onabotulinetoxine A voor chronische migraine

Ik attesteer dat de behandeling met de betrokken specialiteit doeltreffend was door een afname in het gemiddeld aantal migrainedagen per maand, die ten minste 50% bedraagt in vergelijking met het minimaal aantal van gemiddeld 8 migrainedagen per maand, gemeten in de periode voorafgaand aan de start van de behandeling met de betrokken specialiteit en gedocumenteerd in het medisch dossier van de rechthebbende.

Ik attesteer de medische noodzaak tot voortzetten van de behandeling met de betrokken specialiteit :

☐ Aangetoond door het opnieuw toenemen van het gemiddeld aantal migrainedagen per maand tot een minimum van 8 migrainedagen per maand, gemeten tijdens een toegepaste "treatment holiday" op basis van een door de rechthebbende zorgvuldig bijgehouden migrainedagboek en gedocumenteerd in het medisch dossier van de rechthebbende.

☐ Niet van toepassing wegens de eerste aanvraag tot verlenging.

Hiermee bevestig ik dat deze rechthebbende de vergoeding van de betrokken specialiteit voor een periode van 18 maanden dient te krijgen aan een dosis van :

☐ Maximaal 675 mg per drie maanden (vergoeding van in totaal maximum 15 verpakkingen van 1 eenheid van de betrokken specialiteit (225mg oplossing voor injectie) of 5 verpakkingen van 3 eenheden van de betrokken specialiteit (225mg oplossing voor injectie) per 18 maanden).

Ik verbind mij ertoe de behandeling met de betrokken specialiteit stop te zetten indien onvoldoende respons wordt waargenomen tijdens de behandeling, gedefinieerd als een afname die kleiner is dan 50%, in het gemiddeld aantal migrainedagen per maand, in vergelijking met het gemiddeld aantal migrainedagen per maand, gemeten in de periode voorafgaand aan de start van de behandeling met de betrokken specialiteit en gedocumenteerd in het medisch dossier van de rechthebbende.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend arts.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)