

BIJLAGE A : eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit op basis van 12-SQ HDM allergeen extract, ingeschreven in § 11340000 van hoofdstuk IV van 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 pneumologie

Ik, ondergetekende, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende 18-65 jaar oud is en lijdt aan HDM-allergisch astma in combinatie met allergische rhinitis en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) van § 11340000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018.

De rechthebbende werd niet eerder behandeld met een specialiteit op basis van een gestandaardiseerd 12-SQ huisstofmijten (HDM) allergeen extract en voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- allergisch astma geassocieerd met allergische rhinitis door HDM-allergie, aangetoond door een positieve huidtest en IgE;
- met verergering van de astma symptomen meer dan 2 maal per week en/of met nachtelijk ontwaken omwille van astma symptomen;
- sinds minimum 6 maanden in behandeling zijn bij een arts-specialist in de pneumologie;
- een FEV1 van minimaal 70%;
- zonder ernstige verergering van het astma in de laatste 3 maanden;
- zonder actieve of slecht gecontroleerde autoimmune aandoening, zonder immuundysfunctie, zonder immunodeficiëntie, zonder immunosuppressie, zonder actieve maligne neoplastische aandoening;
- geen acute ernstige mondontsteking of ernstige wonden in de mond.

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

Ik vraag dus voor mijn rechthebbende de terugbetaling aan van maximaal 4 verpakkingen van 90 lyofilisaten en 1 verpakking van 30 lyofilisaten om de behandeling gedurende de eerste 12 maanden te verzekeren.

III – Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)