BIJLAGE B : aanvraag tot verlenging van de 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, die lijdt aan 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 behandeling met de specialiteit op basis van 12-SQ HDM allergeen extract mag enkel verder gezet worden bij rechthebbenden die beschouwd worden als responders, dit wil zeggen, rechthebbenden die aan minstens één van de volgende voorwaarden voldoen. Ik bevestig dat de rechthebbende een responder is, en dat de volgende elementen voorkomen:

- ☐ Rechthebbende met herhaaldelijke exacerbaties vóór de behandeling met de specialiteit en met klinisch significante vermindering van deze exacerbaties tijdens de eerste 12 maanden van de behandeling.
- ☐ Rechthebbende met herhaaldelijke nachtelijk ontwaken omwille van astma symptomen vóór de behandeling met de specialiteit en met klinisch significante vermindering van dit nachtelijk ontwaken tijdens de eerste 12 maanden van de behandeling
- ☐ Rechthebbende met een klinisch significante vermindering van de ICS posologie tijdens de eerste 12 maanden van de behandeling.

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 volgende periode van 12 maanden te verzekeren (maximaal 2 verlengingen mogelijk).

- Start van de 1ste behandeling: ……../……./……

  - ☐ 1ste verlenging van de behandeling met 12 maanden
  - ☐ 2de verlenging van de behandeling met 12 maanden

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)

Versie geldig vanaf 01.05.2022