

III– Aanvraag verlenging van vergoeding van een behandeling met apremilast

Lk ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de interne geneeskunde, dermatologie of reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is, reeds vergoeding heeft verkregen van de behandeling met de specialiteit op basis van apremilast, gedurende minstens 6 maanden voor de behandeling van mondzweren die verband houden met de ziekte van Behçet.

☐ Ik bevestig dat de behandeling met apremilast geleid heeft tot een verbetering op basis van een klinische evaluatie.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van de specialiteit op basis van apremilast gedurende een periode van 12 maanden. Ik vraag de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren overeenstemt met

- maximaal 13 verpakkingen van 56 tabletten (56 x 30 mg)

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

IV - Identificatie van de arts-specialist hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - - - - - (RIZIV n°)

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

--

(stempel)

(handtekening van de arts)