BIJLAGE A : Model van het formulier voor aanvraag :

Formulier voor aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van nirmatrelvir+ritonavir ingeschreven in § 12330000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van volwassen rechthebbenden met COVID-19 veroorzaakt door het SARS-CoV-2 virus, met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een ernstige COVID-19.

I - Identificatie van de rechthebbende :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de arts verantwoordelijk voor de behandeling :

Ik, ondergetekende arts verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan COVID-19 veroorzaakt door het SARS-CoV-2 virus, met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een ernstige COVID-19 lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 12330000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

Rechthebbende met symptomen die mogelijk gecorreleerd zijn met een COVID-19 infectie sinds minder dan 5 dagen, gediagnosticeerd met COVID-19 op basis van een moleculaire test (RT-PCR) of antigeentest en geen zuurstofnood omwille van een SpO2 > of = 94% en niet behandeld met geneesmiddelen met contra-indicaties voor simultaan gebruik met nirmatrelvir+ritonavir, zoals opgenomen in de SPK (geneesmiddelen die voor de klaring in hoge mate afhankelijk zijn van CYP3A en waarbij verhoogde concentraties gepaard gaan met ernstige en/of levensbedreigende reacties of geneesmiddelen die krachtige CYP3A-inductoren zijn, waarbij significant verlaagde nirmatrelvir+ritonavir-plasmaconcentraties gepaard kunnen gaan met mogelijk verlies van de virologische respons en met mogelijke resistentie).

Het betreft :

☐ Een rechthebbende met een leeftijd >= 65 jaar met aanwezigheid van minstens een van volgende co-morbiditeiten :

- ☐ BMI>= 30 kg/m².
- ☐ Diabetes mellitus.
- ☐ Chronisch nierlijden met GFR >29 mL/min/1,73m².
- ☐ Chronisch neurologische pathologie.
- ☐ Chronisch leverlijden of cirrose.

OF

☐ Een rechthebbende met ernstige immuunstoornis omwille van de aanwezigheid van minstens een van onderliggende morbiditeiten :

- ☐ Hematologische maligniteit.
- ☐ Soliede tumor die behandeld wordt met een cytotoxische behandeling.
- ☐ Orgaantransplantatie of stamceltransplantatie.
- ☐ B-cel reducerende behandeling gedurende het voorafgaande jaar.
- ☐ Primaire immuundeficiëntie.
- ☐ HIV-infectie met CD4 <200/mm³ en/of een detecteerbare virale lading.
- ☐ CAR-T cel behandeling.
- ☐ Behandeling met immunosuppressiva.
- ☐ Langdurige behandeling met hoge dosis corticosteroïden (>20mg prednisolone of equivalent per dag) of methotrexaat (meer dan 20mg per week).

OF

☐ Een rechthebbende met :

- ☐ Hartfalen.

OF

- ☐ COPD.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van een behandeling met een specialiteit ingeschreven in § 12330000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 noodzakelijk is voor een periode van 5 dagen, zoals bepaald in punt d van §123300000, overeenkomend met 1 vergoedbare verpakking.

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

III. Identificatie van de arts :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

|_____| (stempel) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.11.2024