

**BIJLAGE B: Model van het aanvraagformulier voor vergoeding na vroegere, niet-vergoede behandeling**

Aanvraagformulier voor vergoeding na een niet-vergoede behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg voor de behandeling van matige tot ernstige hidradenitis suppurativa bij de volwassene (§12470200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

(Deze procedure is slechts geldig gedurende een overgangperiode namelijk maximaal tot en met 30/04/2026 met betrekking tot paragraaf § 12470200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. 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 dermatologie:**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie met ervaring op het gebied van de behandeling van hidradenitis suppurativa, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is en reeds gedurende minstens 16 weken met niet-vergoede verpakkingen van de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg behandeld werd voor matige tot ernstige hidradenitis suppurativa en dat deze rechthebbende, vóór de instelling van de behandeling, tegelijk voldeed aan alle voorwaarden gesteld onder punten a) en b) van § 12470100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018, in dit geval de voorwaarden met betrekking tot aanwezigheid van laesies in de oksels, liezen, nek, anogenitale regio, onder en/of tussen de borsten, volgens de Hurley classificatie graad II of III, gedocumenteerd met foto's in het medisch dossier van de rechthebbende en de aanwezigheid van minstens 5 inflammatoire letsels en een HS-PGA score van minstens matig (HS-PGA score van 3, 4 of 5), fotografisch gedocumenteerd in het medisch dossier van de rechthebbende ondanks voorafgaande gebruik van orale tetracyclines (minocycline of doxycycline of lymecycline) gedurende minstens 4 maanden, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie ervoor, en van oraal clindamycine (300 mg 2x/dag) in combinatie met rifampicine (600 mg/dag) gedurende minstens 10 weken, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie.

Ik bevestig dat deze niet-vergoede behandeling van minstens 16 weken doeltreffend is gebleken, door een vermindering van de HiSCR score met minstens 50% (gedefinieerd als een daling van minstens 50 % in het totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen), geen stijging van het aantal abcessen en geen stijging van het aantal producerende fistels) vergeleken met de aanvangswaarde vóór de behandeling.

Waargenomen verbetering van de HiSCR-score:

		(A)	(B)	(A-B)	Responscriteria HiSCR
		Aantal bij het begin behandeling	Aantal na een behandeling van minstens 16 weken (= vandaag)	Verschil	
(1)+ (2)	Totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen)	□□□□□	□□□□□	□□□□□	Verschil/begin (A – B)/(A) ≥ 0,5 □
(1)	Aantal abcessen	□□□□□	□□□□□	□□□□□	Verschil (A – B) ≥ 0 □
(2)	Aantal inflammatoire nodulen	□□□□□	□□□□□	□□□□□	
(3)	Aantal producerende fistels	□□□□□	□□□□□	□□□□□	Verschil (A – B) ≥ 0 □

Ik bevestig dat ik foto's met betrekking tot de verbetering van de HiSCR score na niet-vergoede behandeling van minstens 16 weken ter beschikking houd van de adviserend-arts in het medisch dossier van de rechthebbende.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van secukinumab 300 mg gedurende een nieuwe maximumperiode van 6 maanden.

Ik vraag voor de rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 6 maanden te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met:

