BIJLAGE A : aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van pasireotide, ingeschreven in §12540000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :

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

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

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

☐ **II – Eerste aanvraag**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de inwendige geneeskunde of in de neurochirurgie, verklaar dat de hierboven vermelde volwassen rechthebbende lijdt aan acromegalie en voldoet aan onderstaande voorwaarden, zoals vastgesteld in punt a) van §12540000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

Onderstaande behandelingen hebben niet geleid tot een normalisatie van de IGF-1 waarden:

Enerzijds minstens één van volgende behandelingen :

- ☐ Een neurochirurgische ingreep, tenzij deze tegenaangewezen is, omwille van ……
- ☐ Radiotherapie, tenzij deze tegenaangewezen is, omwille van ……

EN Anderzijds een optimale behandeling met een eerste generatie somatostatine-analoog gedurende minstens 6 maanden.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, toe te voegen bij deze aanvraag.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding noodzakelijk is van een behandeling met deze specialiteit, volgens de aanbevolen posologie in de SKP, namelijk 1 flacon (van maximum 60 mg) iedere 4 weken, gedurende een periode van 24 weken.

☐ **III – Aanvraag tot verlenging**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de inwendige geneeskunde of in de neurochirurgie, verklaar dat dat deze behandeling doeltreffend is gebleken in vergelijking met de klinische situatie van de rechthebbende voor de aanvang van de behandeling.

Ik verklaar tevens dat de IGF-1 waarde onder behandeling lager is dan 1,2 maal de bovengrens van het normale voor leeftijd en geslacht.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van deze specialiteit, volgens de aanbevolen posologie in de SKP, namelijk 1 flacon (van maximum 60 mg) iedere 4 weken, gedurende een periode van 12 maanden.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, toe te voegen bij deze aanvraag.

IV – – Identificatie van de arts-specialist bedoeld onder punt II & III hierboven :

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

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

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

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

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