<u>BIJLAGE A :</u> Eerste aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dupilumab 300mg (§ 12680000 hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

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

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

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

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

<u>II – Elementen te bevestigen door een NKO-arts of arts-specialist in de pneumologie :</u>

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend NKO-arts of erkend specialist in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is en lijdt aan ernstige chronische rhinosinusitis met neuspoliepen, die onvoldoende onder controle is, ondanks een behandeling met intranasale corticosteroïden, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) of punt a') van § 12680000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018.

☐ De rechthebbende werd niet eerder met een specialiteit op basis van dupilumab 300mg behandeld en voldoet aan :

Minstens 1 van volgende 2 voorwaarden :

☐ Minstens 1 keer behandeld zijn met systemische corticosteroïden in de afgelopen twee jaar **OF** een contra-indicatie of intolerantie voor systemische corticosteroïden hebben.
☐ Diagnose van comorbide astma hebben.

EN

- De rechthebbende heeft bij de aanvang van de behandeling met de specialiteit op basis van dupilumab 300mg EN/OF op een moment gedurende de 12 maanden vóór de start van de behandeling met de specialiteit op basis van dupilumab 300mg een bloedwaarde van ≥150 tot ≤300 eosinofielen/µL EN/OF weefseleosinofilie bevestigd door histologische analyse.

Ik bevestig dat ik voor de adviserend-arts een formulier ter beschikking houd met de beschrijving van de klinische toestand, volgens het model in bijlage B van § 12680000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018, en dat alle rubrieken volledig ingevuld en ondertekend werden vóór het aanvangen van de behandeling.

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.

Ik vraag dus voor de rechthebbende de vergoeding aan van maximum 1 verpakking van 2 voorgevulde spuiten/pennen en 2 verpakkingen van 6 voorgevulde spuiten/pennen op basis van dupilumab 300 mg om de behandeling gedurende de eerste 6 maanden te verzekeren.

<u>III – Identificatie van de NKO-arts of arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres. RIZIV-nr) :</u>

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

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

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

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

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