

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van risankizumab 180 mg of 360 mg ingeschreven in §13460200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de onderhoudsbehandeling van een ernstige colitis ulcerosa bij de volwassen rechthebbende.

[illegible]

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende reeds vergoeding heeft verkregen van een behandeling met risankizumab 180 mg of 360 mg ingeschreven in §13460200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van een ernstige vorm van colitis ulcerosa.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van risankizumab 180 mg of 360 mg ingeschreven in §13460200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor maximum 56 weken.

Ik verbind mij ertoe om elke verdere toediening van de specialiteit op basis van risankizumab 180 mg of 360 mg ingeschreven in §13460200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01.02.2018 te stoppen wanneer er verlies optreedt van klinische verbetering, wat gedefinieerd wordt als een verhoging van de symptomen ten opzichte van het einde van de inductiefase (week 24).

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van risankizumab met een specialiteit van de vergoedingsgroep B-255, B-248, B-372 of met een specialiteit van de vergoedingsgroep Fb-4 nooit is toegestaan.

Bovendien verbind ik me ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

.....

(handtekening van de arts)