

Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van tegomilfumaraat (§13800000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

[illegible]

- ☐ Kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie.
- ☐ Neurologie.
- ☐ Neuropsychiatrie.

☐ Bovenvermelde rechthebbende lijdt aan multiple sclerose van het relapsing-remitting type en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) van §13800000 van hoofdstuk IV :

- Voorwaarden m.b.t. de leeftijd, 13 jaar of ouder en jonger dan 18 jaar.
- Voorwaarden m.b.t. de diagnose met de meest recente IPMSSG criteria.
- Voorwaarden m.b.t. het behalen van een score van 6.5 of minder op de EDSS.

☐ De rechthebbende lijdt aan multiple sclerose en kreeg een eerdere vergoeding voor de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van dimethylfumaraat volgens de bepalingen van §11720000 van hoofdstuk IV.

Lk bevestigt dat tegomilfumaraat niet in combinatie met β -interferonen, glatirameer acetaat, natalizumab, fingolimod, teriflunomide, alemtuzumab, dimethylfumaraat of met een andere immunosuppressieve therapie voor multiple sclerose zal voorgeschreven worden.

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende de vergoeding moet krijgen van de specialiteit op basis van tegomilfumaraat. Het aantal vergoedbare eenheden is beperkt tot maximaal 255.780 mg voor een eerste periode van 12 maanden.

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken rechthebbende niet langer de toegestane specialiteit voor te schrijven dan nodig.

Daarenboven, verbind ik mij ertoe om de bewijsstukken die bevestigen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

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

--

(handtekening van de arts)