

Formulier voor aanvraag van verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van tegomilfumaraat (§13800000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 1918).

[illegible]

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de :

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

Verklaar dat :

- Bovenvermelde rechthebbende reeds vergoeding heeft genoten van deze specialiteit op basis van §13800000, voor de behandeling van multiple sclerose.
- Een EDSS score van 7 of meer, niet langer dan 6 maanden heeft gepersisteerd.

Lk bevestigt dat de werkzaamheid van de behandeling met tegomilfumaraat tijdens de afgelopen 12 maanden is aangetoond met het uitblijven van een ongunstige evolutie.

Ik attesteer en dat de rechthebbende niet aan multiple sclerose van het secundair progressieve type lijdt.

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 voor een nieuwe periode van maximaal 12 maanden. Het aantal vergoedbare eenheden is beperkt tot maximaal 253.344 mg voor een 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.

III - Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld :

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

--

(stempel)

(handtekening van de arts)