<u>BIJLAGE A :</u> Eerste aanvraag tot vergoeding van de specialiteit op basis van 12-SQ HDM allergeen extract, ingeschreven in §13840000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018.

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

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

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

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

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

Ik, ondergetekende, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende 5-17 jaar oud is en lijdt aan ernstige allergische rhinitis door huisstofmijt en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) van §13840000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018.

☐ De rechthebbende werd niet eerder behandeld met een specialiteit op basis van een gestandaardiseerd 12-SQ huisstofmijt (HDM) allergeen extract en voldoet aan alle van de volgende voorwaarden :

- Aanwezigheid van ernstige allergische rhinitis door huisstofmijt, aangetoond door een positieve specifieke huidpriktest en IgE-test.
- Met verergering van ernstige allergische rhinitis door huisstofmijt symptomen meer dan 2 maal per week en/of met nachtelijk ontwaken omwille van ernstige allergische rhinitis door huisstofmijt symptomen.
- Sinds minimum 6 maanden een passende medicamenteuze behandeling volgen, waaronder een antihistaminicum.
- VAS ≥ 5, de VAS-score zal bepaald worden onder begeleiding van een pediater of NKO-arts.
- Aanwezigheid van alle 4 de ARIA ernst-criteria, zijnde het hebben van een abnormale slaap, limitaties in het dagelijkse leven bij sport en/of ontspanning, functionaliteitsproblemen op school en het ervaren van ernstige symptomen.

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 maximaal 4 verpakkingen van 90 lyofilisaten en 1 verpakking van 30 lyofilisaten om de behandeling gedurende de eerste 12 maanden te verzekeren.

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

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

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

|1| - |_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

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

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