BIJLAGE A : Model van het formulier voor een eerste aanvraag.
Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van tezepelumab 210mg (§13910000 hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018) voor de behandeling van chronische rhinosinusitis met neuspoliepen (CRSwNP).

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

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

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

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

II - Elementen te bevestigen door een NKO-arts of arts-specialist in de pneumologie :

Ik, ondergetekende, arts-specialist :

☐ NKO.
☐ In de pneumologie.

Verklaart dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan de voorwaarden van §13910000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

☐ De rechthebbende werd niet eerder met een specialiteit op basis van tezepelumab behandeld en voldoet aan volgende voorwaarden :

1. De rechthebbende is 18 jaar of ouder.
2. De rechthebbende voldoet aan de criteria voor de definitie van chronische rhinosinusitis met neuspoliepen :
    - Aanwezigheid gedurende minstens 12 weken van minstens 2 van volgende symptomen :
        - Verstopte neus/obstructie of rinorroe (anterieur of posterieur).
        - Vermindering of verlies van geur.
        - Aangezichtspijn/druk.
    - Aanwezigheid van poliepen zichtbaar in de 2 neusholten bij endoscopisch onderzoek en fotografisch, schematisch of beschrijvend gedocumenteerd.
3. De rechthebbende heeft een ernstige en ongecontroleerde vorm van de ziekte met :
    - Aanwezigheid van aanhoudende symptomen ondanks behandeling met nasale corticosteroïden.
    - Aanwezigheid van een voorgeschiedenis van chirurgie voor neuspoliepen of een medische contra-indicatie voor chirurgie voor neuspoliepen.
    - Vervulling van ten minste 2 van de volgende criteria :
        - Minstens 1 keer behandeld zijn met systemische corticosteroïden in de afgelopen twee jaar OF een contra-indicatie of intolerantie voor systemische corticosteroïden hebben.
        - Een diagnose van geassocieerd astma hebben.
        - Een aanzienlijk verlies van geur hebben.

☐ De rechthebbende werd reeds met een monoklonale behandeling behandeld en voldeed voor aanvang van de initiële behandeling aan alle voorwaarden hierboven vermeld.

Ik verklaar dat ik bewijs heb dat aan de criteria betreffende de ernst van chronische rhinosinusitis met neuspoliepen is voldaan bij deze rechthebbende vóór de aanvang van de behandeling.

Bovendien verbind ik mij ertoe het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat deze rechthebbende zich in de gedocumenteerde situatie bevond, ter beschikking van de adviserend-arts te houden.

Ik vraag dus voor de rechthebbende de vergoeding van maximum 7 voorgevulde spuiten/pennen op basis van tezepelumab 210mg om de behandeling gedurende de eerste 6 maanden te verzekeren.

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

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

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

| 1 | - | | | | | - | | | - | | | | (RIZIV nr)

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

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

Versie geldig vanaf 01.07.2026