**BIJLAGE C : Model van het formulier van aanvraag tot nieuwe verlenging**

Formulier voor een aanvraag tot nieuwe verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van ritlecitinib ingeschreven in §14160000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

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

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

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

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

**II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist verantwoordelijke voor de behandeling :**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de dermatologie-venerologie, ervaren in de behandeling van alopecia areata, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende al heeft geprofiteerd van een eerste vergoedingsperiode voor deze specialiteit en dat de behandeling daarmee effectief is gebleken op basis van de SALT-criteria (het bereiken van een SALT-score < 20) of een haargroei op meer dan 80% van de hoofdhuid.

Ik verbind mij ertoe de klinische aspecten die hebben geleid tot tekenen van therapeutisch voordeel, inclusief fotografisch te documenteren en deze in het dossier van de begunstigde te bewaren.

Ik verbind mij ertoe om de bewijsstukken die bevestigen dat deze rechthebbende zich in de bevestigde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Ik vraag om vergoeding van een dagelijkse dosis van 50 mg eenmaal per dag.

Ik verbind mij ertoe de behandeling te stoppen bij rechthebbenden die in klinische remissie zijn, indien dit klinisch mogelijk is, en de rechthebbende te blijven volgen om een snelle diagnose van tekenen van terugval te verzekeren.

Ik bevestig te weten dat de gelijktijdige vergoeding van deze specialiteit met farmaceutische specialiteiten op basis van een ander monoclonaal anti-lichaam anti IL-13 en/of IL-4 (Cat. B-305 ) of met een andere JAK-inhibitor (Cat. B-255) nooit is toegestaan voor deze indicatie.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor deze rechthebbende de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit gedurende een maximale periode van 48 weken met een maximum van 18 000mg noodzakelijk is.

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

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

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

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

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

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