BIJLAGE D : Model van het formulier voor een aanvraag van rechthebbenden behandeld met niet-vergoede verpakkingen van de specialiteit op basis van ritlecitinib.

Formulier voor een aanvraag tot 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. Deze procedure is slechts eenmalig toepasbaar tijdens een overgangsperiode tot 30/04/2027 voor de actuele paragraaf 14160000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB 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 reeds behandeld is met de specialiteit op basis van ritlecitinib, zonder vergoeding en dat deze rechthebbende, vóór de instelling van de behandeling, voldeed aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van §14160000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018. Ik verklaar dat de behandeling daarmee effectief is gebleken.

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 16 weken met maximum van 6 000mg noodzakelijk is (voor rechthebbende behandeld met ritlecitinib voor minstens 36 weken en minder dan 52 weken).

OF

- Een maximale periode van 48 weken met een maximum van 18 000mg noodzakelijk is (voor rechthebbenden behandeld met ritlectinib minstens 52 weken).

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

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

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

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

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

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