

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van certolizumab pegol voor spondylitis ankylosans (volgens de Modified New York Criteria) (§ 7160200 van hoofdstuk IV van Bijlage I van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

[illegible]

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende, die minstens 18 jaar oud is, reeds vergoeding heeft verkregen van de behandeling met deze specialiteit gedurende 16 weken, voor de behandeling van spondylitis ankylosans volgens de Modified New York Criteria, die onvoldoende reageert op conventionele therapie.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken doordat de BASDAI is gedaald met minstens 50% of absoluut is verbeterd met 2 punten, in vergelijking met de klinische toestand vóór de aanvang van de behandeling.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van deze specialiteit gedurende een periode van 12 maanden. Ik vraag voor deze rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen, waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren, rekening houdend met een onderhoudsdosis van 200 mg om de 2 weken of van 400 mg om de 4 weken, overeenstemt met:

□ maximaal 13 verpakkingen van deze specialiteit 2 x 200 mg

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat deze rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend - arts.

Ik verbind me er tevens toe, als deze rechthebbende de vergoeding van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, aan een college van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken rechthebbende mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 7160200 van hoofdstuk IV van Bijlage I van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

_____ (naam)
 _____ (voornaam)
 1-_____ (RIZIV Nr)
 ____ / ____ / _____ (Datum)

--

(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE arts)