Bijlage A: Model van aanvraagformulier
Aanvraag voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van evolocumab (§ 8670400 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 ☐ Eerste aanvraag tot vergoeding voor een periode van 52 weken

Ik, ondergetekende, arts-specialist in cardiologie, of inwendige geneeskunde, of pediatrie of arts-specialist in een andere specialiteit met een titel niveau 3 ‘ in de endocrino-diabetologie’, verantwoordelijk voor de behandeling, attesteer dat de hierboven vermelde rechthebbende alle voorwaarden vervult van § 8670400 van Hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de vergoeding van een behandeling met deze specialiteit:

De ~~jonge~~ rechthebbende vanaf 10 jaar tot en met 17 jaar, heeft homozygote familiale hypercholesterolemie, gedefinieerd als volgt:

☐ ofwel een positieve genetische typering

☐ ofwel een onbehandelde LDL-C >500 mg/dl of een behandelde LDL-C >300 mg/dl in combinatie met:
- ofwel xanthomen vóór de leeftijd van 10 jaar
- ofwel bewijs dat beide ouders patiënten zijn met heterozygote familiale hypercholesterolemie

De specialiteit wordt toegevoegd aan de huidige behandeling, voor zover de LDL-C waarde bij ten minste 2 opeenvolgende controles hoger blijft dan de aanbevolen streefwaarde (LDL-C > of = 100 mg/dl) ondanks maximaal tolereerbare en goed opgevolgde hypolipemiërende behandeling.

Een secundaire hypercholesterolemie (hypothyroïdie, leverziekte, andere) werd uitgesloten.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze rechthebbende wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken rechthebbende zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Op basis van bovenstaande elementen, attesteer ik dat de rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit moet krijgen voor een eerste periode van 52 weken.

III ☐ Aanvraag tot verlenging van de vergoeding voor een nieuwe periode van 52 weken

Ik, ondergetekende, arts-specialist in punt II hierboven vermeld,, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende reeds een machtiging ontving voor de vergoedbare behandeling van deze specialiteit op basis van de voorwaarden van de huidige paragraaf, en dat de voortzetting van de behandeling medisch gerechtvaardigd is voor een nieuwe periode van 52 weken.

Op basis van deze elementen, attesteer ik dat de rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit moet krijgen voor een nieuwe periode van 52 weken.

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

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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

Versie geldig vanaf 01.02.2023