BIJLAGE B: Model van het formulier van aanvraag tot verlenging
Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 8870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van niet-infectieuze, intermediaire, posterieure en panuveitis

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

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

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

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

II. Elementen te bevestigen door een arts-specialist in oftalmologie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de oftalmologie en ervaren in de diagnose en de behandeling van uveitis, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt minstens 18 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft gekregen voor een behandeling met een specialiteit ingeschreven in § 8870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 op basis van de vergoedingsvoorwaarden vermeld in § 8870000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018 die op deze van toepassing zijn, gedurende minstens 16 weken voor de behandeling van niet-infectieuze, intermediaire, posterieure en panuveitis.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken, na 16 weken, met het verbeteren of handhaven van één of meer van de volgende criteria:

- ○ Actieve chorioretinale letsels of vasculaire retinale letsels
- ○ Cellen in de voorkamer
- ○ Glasvochtvertroebeling
- ○ Macula oedeem
- ○ Gezichtsscherpte (Best gecorrigeerde gezichtsscherpte)

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 8870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018, gedurende een periode van 12 maanden (tot een maximum van 13 verpakkingen).

Rekening houdend met :

de vooropgestelde begindatum van de behandeling : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔

en

de dosering van 40 mg om de 2 weken,

vraag ik dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren, hieronder vermeld is :

⊔⊔ verpakkingen van 2 voorgevulde spuiten of pennen van ..……..…… (naam van de specialiteit op basis van adalimumab 40 mg ingeschreven in § 8870000 - 2 x 40 mg) (maximum 13)

Of

⊔ ⊔ verpakkingen van 6 voorgevulde spuiten of pennen van ..……..…… (naam van de specialiteit op basis van adalimumab 40 mg ingeschreven in § 8870000 - 6 x 40 mg) (maximum 4) en ⊔ ⊔ verpakking van 2 voorgevulde spuiten of pennen van ..……..…… (naam van de specialiteit op basis van adalimumab 40 mg ingeschreven in § 8870000 - 2 x 40 mg) (maximum 1)

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

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan het college van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 8870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018.

⊔ Ik bevestig ervaren te zijn in de diagnose en behandeling van uveitis.

III. Identificatie van de arts-specialist in de oftalmologie (ervaren in de diagnose en de behandeling van uveitis) en verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nummer)

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

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