

BIJLAGE A: Model van het formulier voor een eerste aanvraag

Formulier voor een eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit op basis van adalimumab voor de behandeling van chronische niet-infectieuze anterieure uveïtis bij patiënten vanaf 2 jaar (§ 9480000 van hoofdstuk IV van 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 de arts-specialist in de oftalmologie ervaren in de diagnose en de behandeling van uveïtis:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de oftalmologie en ervaren in de diagnose en de behandeling van uveïtis, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die minstens 2 jaar oud is, aan chronische niet-infectieuze anterieure uveïtis lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in de terugbetalingscriteria van § 9480000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2008, met name:

o Voorwaarden met betrekking tot een onvoldoende respons op corticosteroïden of behoefte aan cortisone besparing, tenzij een aangetoonde en gedocumenteerde intolerantie of een gedocumenteerde bestaande contra-indicatie of een bewezen diagnose van de ziekte van Behçet :

- Ik bevestig dat de voorafgaande toegediende corticosteroïden bij deze patiënt de volgende zijn:
- (naam van de specialiteit):
- Sinds dd/mm/yyyy (datum van aanvang)
- In een dosis van dd mg per dag
- Gedurende ddw weken (duur van de behandeling)

In geval van medische contra-indicatie of intolerantie voor het gebruik van corticosteroïden, beschrijving van de elementen die het aantonen:

.....
.....

OF

Ik bevestig dat deze patiënt een bewezen diagnose van de ziekte van Behçet heeft.

o Voorwaarden met betrekking tot een onvoldoende respons op een behandeling met één klassieke immunosuppressor, tenzij een aangetoonde en gedocumenteerde intolerantie of een gedocumenteerde bestaande contra-indicatie of een bewezen diagnose van de ziekte van Behçet:

- Ik bevestig dat de voorafgaande toegediende klassieke immunosuppressiva bij deze patiënt de volgende zijn:

Methotrexaat
..... (naam van de specialiteit)

OF
Calcineurineremmer
..... (naam van de specialiteit)

OF
Azathioprine
..... (naam van de specialiteit)

OF
Mycofenolaat mofetil
..... (naam van de specialiteit)

- Sinds dd/mm/yyyy (datum van aanvang)
- In een dosis van dd mg per dag
- Gedurende ddw weken (duur van de behandeling) (minstens 6 weken)

In geval van medische contra-indicatie of intolerantie voor het gebruik van immunosuppressiva, beschrijving van de elementen die het aantonen:

.....
.....

OF

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV. (Indien van toepassing) Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie:

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt zich in de volgende situatie bevindt:

- Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief
- Ik bevestig hierbij dat hij een adequate tuberculostatica behandeling kreeg:
- (toegediende anti-tuberculose behandeling)

Sinds / / (datum van aanvang)

Gedurende weken (duur van de behandeling)

- Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze patiënt.
- Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente tbc een adequate profylactische behandeling ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose toegediend is sinds minstens 4 weken.

V. Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV-nummer)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)