BIJLAGE B: Model van het formulier van aanvraag tot verlenging

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van mepolizumab (§11460000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018) voor de behandeling van neuspoliepen.

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

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

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

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

II- Elementen te bevestigen door een NKO-arts of een specialist in de pneumologie :

Ik, ondergetekende, arts-specialist
⊔ NKO
⊔ in de pneumologie

verklaart dat de hierboven vermelde rechthebbende en voldoet aan de voorwaarden van § 11460000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

1. De rechthebbende is minstens 18 jaar oud

2. De rechthebbende heeft reeds gedurende ten minste 6 maanden een vergoeding gekregen voor debehandeling met deze specialiteit voor de behandeling van chronische rhinosinusitisrinosinusitis met neuspoliepen.

De behandeling met deze specialiteit mag enkel verder gezet worden bij rechthebbenden die beschouwd worden als responders, dit wil zeggen, rechthebbenden die aan minstens één van de volgende voorwaarden voldoen:

- ☐ Afname van de grootte van poliepen (geverifieerd door endoscopisch onderzoek), ofwel geëvalueerd door een afname van ten minste 1 punt in de NP-score (Neuspoliepscore), of gedocumenteerd op een fotografische, schematische of beschrijvende manier, gedurende de eerste 6 maanden van de behandeling in vergelijking met de grootte van poliepen bij aanvang van de behandeling, en behoud van dit effect.
- ☐ Klinische significante verbetering van het reukvermogen en/of de neusobstructie gedurende de eerste 6 maanden van de behandeling in vergelijking met het starten van de behandeling en het behoud van dit effect.

	Op het moment van het opstarten van de behandeling met de specialiteit op basis van mepolizumab	*Op het moment van de vraag tot verlenging*
NPS (Neuspoliepscore) Datum	..../...../.....	..../...../.....

Bij gebrek aan meting van de NP-score verbind ik mij ertoe om op fotografische, schematische of beschrijvende wijze het bewijs van afname van de grootte van de poliepen te documenteren en in het dossier van de begunstigde te bewaren.

Ik verbind mij ertoe om de bewijsstukken met betrekking tot de situatie van deze rechthebbende ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Ik vraag dus voor deze rechthebbende de vergoeding van maximum 13 verpakkingen van deze

specialiteit om de verlenging van de behandeling voor een periode van maximum 12 maanden te verzekeren.

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

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

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

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

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

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