

BIJLAGE C: Model van het aanvraagformulier voor vergoeding na vroegere, niet-vergoede behandeling:

Aanvraagformulier voor vergoeding na een niet-vergoede behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van bimekizumab 320 mg voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij de volwassene (§ 11620000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

(Deze procedure is slechts geldig gedurende een overgangperiode van 6 maanden, vanaf 01.09.2022, met betrekking tot paragraaf 11620000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

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

<input type="text"/>	(naam)
<input type="text"/>	(voornaam)
<input type="text"/>	(aansluitingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de dermatologie:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie, met ervaring op het gebied van systemische behandeling van psoriasis, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is, reeds gedurende minstens 16 weken met niet-vergoede verpakkingen van de farmaceutische specialiteit op basis van bimekizumab 320 mg behandeld werd voor matige tot ernstige plaque psoriasis, en dat deze rechthebbende, vóór de instelling van de behandeling tegelijk voldeed aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 11620000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018, in dit geval de voorwaarden met betrekking tot een lichaamsoppervlak gedefinieerd door een BSA >10% of een PASI >10, ondanks een adequate systemische behandeling die, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie ervoor, een adequate fotherapie (adequate behandeling met fotochemotherapie of fotherapie met UVA en/of UVB), methotrexaat in een minimale dosis van 15 mg/week gedurende minstens 3 maanden, en cyclosporine in een minimale dosis van 2,5 mg/kg gedurende minstens 2 maanden, omvatte.

Ik bevestig dat deze niet-vergoede behandeling van minstens 16 weken doeltreffend is gebleken door een vermindering van de PASI-score met minstens 50% vergeleken met de aanvangswaarde vóór de instelling van de behandeling.

Op basis hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende in aanmerking komt voor een verlenging van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van bimekizumab gedurende een nieuwe maximumperiode van 24 weken. Ik vraag dus voor de rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 24 weken te verzekeren, hieronder wordt vermeld, rekening houdend met:

- de vooropgestelde begindatum van de verlenging van de behandeling: uu/uu/uuuu
- de dosering van 320 mg elke 8 weken wat het totaal aantal nodige verpakkingen brengt op:

u u u verpakkingen van 2 voorgevulde spuiten of pennen bimekizumab 160 mg (maximum 3)

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

Ik verbind me er tevens toe, als de rechthebbende de vergoeding 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 rechthebbende mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt g) van § 11620000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

III – Noodzakelijk aanvullend verslag:

