

BIJLAGE A : aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van methylfenidaat, ingeschreven in §3130100 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

Ik, ondergetekende, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan narcolepsie en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) van §3130100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

- De diagnose van narcolepsie werd bevestigd door een polygrafische registratie van de slaap met een Multiple Sleep Latency Test (MSLT) die een gemiddelde slaaplatentie van minder dan 8 minuten en tenminste twee sleep-onset REM (SOREM) episodes aantoonst.
- De aanwezigheid van tenminste 2 van de volgende 3 criteria:
 - een Epworth test met een score hoger dan 15 ondanks een goede slaaphygiëne;
 - de aanwezigheid van kataplexie;
 - een positieve HLA test voor HLA DR2 of DQB1*0602.
- De uitsluiting van alle andere oorzaken van hypersomnie of slaapstoornissen en van de invloed van bevorderende factoren zoals geneesmiddelen en toxica.
- Er onvoldoende verbetering is van de rechthebbenden door maatregelen van slaaphygiëne, toegepast tijdens minimum 1 maand.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, alsook het omstandig verslag, opgesteld door de (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater, toe te voegen bij deze aanvraag.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding noodzakelijk is van een behandeling met deze specialiteit, volgens de aanbevolen posologie van 10 mg tot 60 mg per dag, gedurende een periode van 51 weken.

III – Aanvraag tot verlenging

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken in vergelijking met de klinische situatie van de rechthebbende voor de aanvang van de behandeling.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van deze specialiteit, volgens de aanbevolen posologie van 10 mg tot 60 mg per dag, gedurende een periode van 51 weken maximum.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, toe te voegen bij deze aanvraag, alsook het evolutierapport opgesteld door de (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater.

IV – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)