**BIJLAGE A : aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van methylfenidaat, ingeschreven in §3460000 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 6-17 jaar oud is en lijdt aan van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) van §3460000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

- de diagnose van ADHD werd gesteld volgens de criteria van de DSM-IV, DSM-5 of ICD-10, door een (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater, of door een arts-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrische neurologie, op basis van de bepalingen van het ministerieel besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrische neurologie ;
- de symptomen zijn onvoldoende gecontroleerd door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen ;
- de farmacologische behandeling is deel van een globaal behandelingsschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat.

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 of door een arts-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrische neurologie, op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrische neurologie, toe te voegen bij deze aanvraag. Indien het gaat om een arts-specialist die een erkenning in de pediatrische neurologie verworven heeft op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrische neurologie, voegt hij het bewijs hiervan aan het volledige omstandig verslag toe.

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 eerste periode van 26 weken.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van deze specialiteit met andere specialiteiten op basis van methylfenidaat niet is toegelaten.

☐ **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 of door een arts-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrische neurologie, op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrische neurologie. Indien het gaat om een arts-specialist die een erkenning in de pediatrische neurologie verworven heeft op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrische neurologie, voegt hij het bewijs hiervan aan het volledige omstandig verslag toe.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van deze specialiteit met andere specialiteiten op basis van methylfenidaat niet is toegelaten.

**IV – Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld :**

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

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

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

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

| |

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