BIJLAGE B : Model van formulier voor aanvraag tot verlenging
Formulier voor de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van omalizumab bij chronische spontane urticaria rechthebbenden (§7500000 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.) :

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

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

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

II – Aanvraag tot verlenging :

Ik, ondergetekende, behandelende arts en arts-specialist in de dermatologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de boven vermelde rechthebbende reeds vergoeding heeft verkregen voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van omalizumab, gedurende minstens 6 maanden voor de behandeling van chronische spontane urticaria.

Ik bevestig dat de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van omalizumab heden doeltreffend is, gedefinieerd als een vermindering van de UAS-7 score van minstens 10 punten vergeleken met de waarde voor de start van deze specialiteit behandeling :

- UAS-7 score voor de start van de behandeling met de betrokken specialiteit : ⊔⊔ punten (≥ 28)
- UAS-7 score heden : ⊔⊔ punten.

Ik bevestig tevens dat de rechthebbende continu wordt behandeld en dat de dosis onverminderd blijft: 300 mg elke 4 weken; (indien deze dosis mij inadequaat lijkt, stopt de behandeling met de betrokken specialiteit hier.)

Ik verbind mij ertoe om :

- Het toedieningsinterval van de behandeling te verlengen wanneer de behandeling de maximale doeltreffendheid heeft bereikt, gedefinieerd als een UAS-7 score = 0 op 2 consecutieve tijdstippen met minstens 1 maand tussen; de behandeling stop te zetten indien een UAS-7 score = 0 op 2 consecutieve tijdstippen wordt bereikt met een toedieningsinterval van 8 weken.
- Alle bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts te houden die bevestigen dat de betrokken rechthebbende zich in de verklaarde situatie bevindt.

Ik ga akkoord de verlenging van de vergoeding maximaal 2 maal aan te vragen tenzij de noodzaak om de betrokken specialiteit als CSU-behandeling na 18 maanden behandeling verder te zetten, wordt bevestigd door een arts-specialist werkzaam op de dienst dermatologie of inwendige geneeskunde van een universitair ziekenhuis of de verlenging van de behandeling met de betrokken specialiteit na 18 maanden behandeling wordt aangevraagd door een arts-specialist werkzaam op de dienst dermatologie of inwendige geneeskunde van het universitair ziekenhuis.

Deze aanvraag betreft :

□ De eerste aanvraag tot verlenging van de vergoeding.
□ De tweede aanvraag tot verlenging van de vergoeding.
□ Een aanvraag tot verlenging van de vergoeding, langer dan 18 maanden, voor een nieuwe periode van maximum 6 maanden van de behandeling met de betrokken specialiteit.

□ De behandelende arts-specialist in de dermatologie of inwendige geneeskunde beschikt over een éénmalig verslag van een arts-specialist werkzaam op de dienst dermatologie of inwendige geneeskunde van een universitair ziekenhuis die deze noodzaak bevestigd. De behandelende arts-specialist in de dermatologie of inwendige geneeskunde verbindt zich ertoe dit verslag ter beschikking te houden van de adviserende arts van de verzekeringsinstelling.
Datum van het verslag : .../.../....

□ De behandelende arts-specialist in de dermatologie of inwendige geneeskunde is een arts-specialist werkzaam op de dienst dermatologie of inwendige geneeskunde van het universitair ziekenhuis :

□ UZA
□ UZ Brussel
□ UZ Gent
□ UZ Leuven *(gelieve het ziekenhuis te verduidelijken)*
□ CHU de Liège
□ Cliniques universitaires Saint-Luc
□ Hôpital Erasme (+ HUDERF)

Op grond hiervan bevestig ik dat voor mijn rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit verlengd moet worden met 6 maanden.

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

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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

Versie geldig vanaf 01.03.2025