

BIJLAGE A :

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van de actieve bestanddelen valsartan en sacubitril (§ 8410000 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 – Voorwaarden te attesteren door de arts-specialist in de cardiologie of bij kinderen ouder dan 1 jaar en adolescenten door de arts-specialist in de pediatrie met expertise in de kindercardiologie :

- Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding :**

Ondergetekende arts-specialist:

- In de cardiologie.
 In de pediatrie met expertise in kindercardiologie.

Ik verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende die lijdt aan symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectionfracatie bij de start van de behandeling met deze specialiteit aan de volgende cumulatieve criteria voldoet :

- 1) Toestand van de rechthebbende komt overeen met volgende NYHA (New York Heart Association) klasse voor volwassenen en kinderen of adolescenten van 6 tot < 18 jaar of met volgende Ross hartfalen klasse voor kinderen van 1 tot 6 jaar oud :
 - Klasse II ;
OF
 - Klasse III ;
OF
 - Klasse IV ;
- 2) Linker ventrikel ejectionfracatie (LVEF) (volgens echocardiografie) :
 - Bij volwassenen: < of = 40%.
 - Bij kinderen en adolescenten: < of = 45%.
- 3) Bij volwassenen: voorafgaand behandeld met een optimale dosis van ACE-remmers of sartanen.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te stellen van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit dient te krijgen, voor een periode van 364 dagen, aan een maximale dosis van tweemaal per dag van :

- 3,1 mg/kg in granulaat in capsules bij kinderen en adolescenten < 40 kg.
- 72 mg/78 mg in tabletten bij kinderen en adolescenten > of = 40 kg en < 50 kg.
- 97 mg/103 mg in tabletten bij kinderen > of = 50 kg en bij volwassenen.

- Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding :**

Ondergetekende arts-specialist:

- In de cardiologie.
 In de inwendige geneeskunde.
 In de pediatrie.
 In de geriatrie.

Ik verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende reeds een machtiging van vergoeding voor deze specialiteit heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 8410000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB. 1 februari 2018.

Ik bevestig dat de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit voor een nieuwe periode van 364 dagen, aan een maximale dosis tweemaal per dag van :

- 3,1 mg/kg in granulaat in capsules bij kinderen en adolescenten < 40 kg
- 72 mg/78 mg in tabletten bij kinderen en adolescenten > of = 40 kg en < 50 kg
- 97 mg/103 mg in tabletten bij kinderen > of = 50 kg en bij volwassenen

medisch verantwoord is voor deze rechthebbende met symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectionfracatie.

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

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| (naam)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| (voornaam)

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

____|____| / ____|____| / ____|____|____|____| (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)