**BIJLAGE C: Model van formulier voor een aanvraag tot verlenging**

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit NUCALA (§ 8300000 hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018)

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

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

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

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

**II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie (voor patiënten van 6 jaar of ouder) of door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (voor patiënten tussen 6 en 17 jaar):**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de pneumologie (mijn patiënt is 6 jaar of ouder) of erkend specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (mijn patiënt is tussen 6 en 17 jaar oud), verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die minstens 6 jaar oud is, al een terugbetaling heeft gekregen voor een behandeling met de specialiteit NUCALA, gedurende minstens 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) voor de behandeling van ernstig refractair eosinofiel astma.

Ik bevestig dat die behandeling doeltreffend is gebleken en dat tijdens de evaluatieperiode van 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) een daling van het aantal exacerbaties* kon worden vastgesteld in vergelijking met de periode van 12 maanden vóór de aanvang van de behandeling met NUCALA.

OF

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend is gebleken en dat tijdens de evaluatieperiode van 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) een stabilisering van het aantal exacerbaties* kon worden vastgesteld in vergelijking met de periode van 12 maanden vóór het aanvangen van de behandeling met NUCALA, met een verminderd gebruik van systemische corticosteroïden.

**Een exacerbatie wordt gedefinieerd als een verergering van het astma waarvoor een systemische corticotherapie van minstens drie dagen nodig is (of voor corticoïdafhankelijke patiënten, een verhoging van de onderhoudsdosis met minstens het dubbele gedurende op zijn minst drie dagen), en/of een bezoek aan de spoeddienst en/of een hospitalisatie.*

Ik bevestig dat ik voor de verlenging met maximum 12 maanden voor de adviserend arts een formulier ter beschikking houd met de beschrijving van de verbeterde klinische toestand van de patiënt ten opzichte van de toestand vóór de behandeling met NUCALA, waarvan het model is opgenomen in bijlage D van § 8300000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018, en dat alle rubrieken volledig ingevuld en ondertekend werden vóór het verlengen van de behandeling.

Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van maximum 13 verpakkingen van NUCALA om de verlenging van de behandeling voor een periode van maximum 12 maanden te verzekeren.

**III - Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (voor patiënten van 6 jaar of ouder) of van de arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (voor patiënten tussen 6 en 17 jaar) (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)**

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

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

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

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

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