Bijlage A: Model van aanvraagformulier
Aanvraag voor vergoeding van de specialiteit REPATHA (§ 8670400 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

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

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

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

II □ Eerste aanvraag tot terugbetaling voor een periode van 52 weken

Ik, ondergetekende, arts-specialist in cardiologie, inwendige geneeskunde of pediatrie, verantwoordelijk voor de behandeling, attesteer dat de hierboven vermelde patiënt alle voorwaarden vervult van § 8670400 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001 voor de terugbetaling van een behandeling met de specialiteit REPATHA:

De jonge patiënt vanaf 12 jaar die nog niet volwassen is, heeft homozygote familiale hypercholesterolemie, gedefinieerd als volgt:

□ ofwel een positieve genetische typering

□ ofwel een onbehandelde LDL-C >500 mg/dl of een behandelde LDL-C >300 mg/dl in combinatie met:
- ofwel xanthomen vóór de leeftijd van 10 jaar
- ofwel bewijs dat beide ouders patiënten zijn met heterozygote familiale hypercholesterolemie

De specialiteit wordt toegevoegd aan de huidige behandeling, voor zover de LDL-C waarde bij ten minste 2 opeenvolgende controles hoger blijft dan de aanbevolen streefwaarde (LDL-C > 100 mg/dl) ondanks maximaal tolereerbare en goed opgevolgde hypolipemiërende behandeling.

Een secundaire hypercholesterolemie (hypothyroïdie, leverziekte, andere) werd uitgesloten.

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot de maximale dosis zoals gedefinieerd in de officiële Samenvatting van de Karakteristieken van het Product.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken patiënt zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van bovenstaande elementen, attesteer ik dat de patiënt de vergoeding van REPATHA moet krijgen voor een eerste periode van 52 weken.

III □ Aanvraag tot verlenging van de terugbetaling voor een nieuwe periode van 52 weken

Ik, ondergetekende, arts verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt reeds een machtiging ontving voor de terugbetaalbare behandeling van de specialiteit REPATHA op basis van de voorwaarden van de huidige paragraaf, en dat de voortzetting van de behandeling medisch gerechtvaardigd is voor een nieuwe periode van 52 weken.

Op basis van deze elementen, attesteer ik dat de patiënt de vergoeding van REPATHA moet krijgen voor een nieuwe periode van 52 weken.

IV – Identificatie van de arts verantwoordelijk voor de behandeling:

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

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

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

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

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

Versie geldig vanaf 01.05.2017