

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van tildrakizumab 100 mg voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij de volwassene (§ 10200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie , met ervaring op het gebied van systemische behandeling van psoriasis, verklaart dat de hierboven vermelde rechthebbende, die minstens 18 jaar oud is, reeds vergoeding heeft verkregen van de behandeling met een specialiteit op basis van tildrakizumab 100 mg, voor minstens 3 toedieningen met 1 voorgevulde spuit of pen tildrakizumab 100 mg voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van een specialiteit op basis van tildrakizumab 100 mg gedurende een nieuwe maximumperiode van 24 weken (tot een maximum van 2 verpakkingen tildrakizumab 100 mg). Ik vraag voor deze rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 24 weken te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met :

- Verpakkingen van 1 voorgevulde spuit of pen van 100 mg tildrakizumab.
(maximum 2 gemachtigde verpakkingen).

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van tildrakizumab met één van de specialiteiten op basis van etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab pegol, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, brodalumab, guselkumab, risankizumab, bimekizumab, apremilast, deucravacitinib of dimethylfumaraat nooit is toegestaan.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (n° RIZIV)
 / / (datum)

--

.....

Versie geldig vanaf 01.07.2024