

Aanvraagformulier voor vergoeding van een specialiteit op basis van miglustat voor de behandeling van de ziekte van Niemann-Pick type C (§ 11300000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

_____ (naam)
 _____ (voornaam)
 _____ (aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende arts-specialist erkend in (vermeld de specialiteit)
verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan de ziekte van Niemann-Pick type C, en dat hij
voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 11300000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari
2018:

- Bovendien,

Wat de precieze diagnose en klinische situatie van deze rechthebbende betreft, verklaar ik de volgende elementen:

- defect NPC1- ou NPC2-gen, of
- Filipine-kleuring of
- verestering van cholesterol in fibroblasten;

.....

-

-

-

-

a. Ik ben sinds 00/00/0000 verbonden aan een Centrum zoals hieronder vermeld, die erkend is in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigen die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole aandoening :

[illegible]

Identificatienummer voor de RIZIV Conventie van dit Centrum: 7.89 - 0000 - 00
(In bijlage voeg ik een attest van de verantwoordelijke arts van dit Centrum, die deze toekenning bevestigt)

Versie geldig vanaf 01.04.2022

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is: 7.10 -
 0000 - 00- 0000

[illegible]

- ☐ de behandeling met miglustat te stoppen bij verslechtering van het klinisch beeld (*): EN
- ☐ aan de adviserend arts de bewijsstukken te bezorgen, die de geattesteerde situatie ondersteunen.

☐ het een eerste aanvraag betreft voor toelating van vergoeding van een specialiteit op basis van miglustat,

☐ het een aanvraag tot verlenging van vergoeding betreft van een specialiteit op basis van miglustat,

 want deze rechthebbende heeft reeds minstens één periode van vergoeding van een specialiteit op basis van miglustat bekomen op basis van de voorwaarden van § 11300000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018. De vorige toegestane periode is afgelopen is, en ik meen dat deze behandeling met een specialiteit op basis van miglustat moet verdergezet worden.

 bevestig ik dat deze rechthebbende een vergoeding gedurende 6 maanden dient te verkrijgen voor een behandeling in monotherapie met een specialiteit op basis van miglustat met een maximale posologie van 6 capsules per dag

_____ (naam)

| (voornaam)

1 - - - - - (RIZIV n°)

(* In bijlage aan het huidige aanvraagformulier voeg ik een rapport toe betreffende de klinische evolutie waarin de klinische status, de uitgevoerde onderzoeken en de motivatie voor voortzetting van de behandeling worden beschreven.

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

--

(stempel)

(handtekening van de arts)