

Formulier voor aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van lenacapavir in §13520000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1-02-2018.

[illegible]

□ Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding voor een periode van 6 maanden :

De rechthebbende is geïnfecteerd door een multiresistent HIV-1 virus waarbij het anders onmogelijk is om een suppressief antiretroviraal behandelingsschema samen te stellen EN vertoont een aangetoond virologisch falen en/of intolerantie aan alle antiretrovirale behandelingsschema's aanbevolen door de recentste EACS richtlijnen EN het gaat om :

U **OF** een intolerantie aan minstens twee verschillende klassen antiretrovirale middelen opgenomen in de mogelijke aanbevolen antiretrovirale behandelingsschema's door de recentste EACS richtlijnen.

Ik verbind me er toe om de behandeling te stoppen indien na 6 maanden wordt vastgesteld dat de virale load met minder dan 0,5 log HIV-1 RNA kopieën/ml is gedaald in vergelijking met de virale load voor de start van de behandeling.

U Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding voor een periode van 12 maanden voor een rechthebbende die reeds werd behandeld met niet vergoedbare verpakkingen van de farmaceutische specialiteit op basis van lenacapavir conform de bepalingen van punt a') van 13520000

Ik ondergetekende, arts-specialist, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaart dat de behandeling doeltreffend is gebleken door het bekomen van een daling van de virale load met meer dan 0,5 log HIV-1 RNA kopieën/ml in vergelijking met de aanvangswaarde van de rechthebbende vóór de aanvang van de behandeling op basis van lenacapavir.

Ik verklaar dat deze rechthebbende voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs de vergoeding moet krijgen van 2 verpakkingen van 2 injectieflacons van 463,5mg van de specialiteit op basis van lenacapavir voor een periode van 12 maanden, met een posologie van 927mg via subcutane weg elke 26 weken (+/- 2 weken).

Ik ondergetekende, arts-specialist, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, bevestig dat de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit voor een nieuwe periode van 12 maanden, medisch noodzakelijk is voor deze rechthebbende.

Ik verklaar dat deze rechthebbende voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs de vergoeding moet krijgen van 2 verpakkingen van 2 injectieflacons van 463,5mg van de specialiteit op basis van lenacapavir voor een periode van 12 maanden, met een posologie van 927mg via subcutane weg elke 26 weken (+/- 2 weken).

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, en in het bijzonder het bewijs van virologisch falen en/of intolerantie van de voorgaande behandelingen.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)