<u>BIJLAGE A</u> : Model van aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van vosoritide, ingeschreven in §14120000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

<u>I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling) :</u>

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

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

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

<u>II - Elementen te bevestigen door de arts-specialist :</u>

Ik, ondergetekende, dokter in geneeskunde :

□ Specialist verbonden aan erkend Centrum voor Menselijke erfelijkheid
□ Specialist in de kindergeneeskunde verbonden aan een universitair ziekenhuis.

Bevestig dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan achondroplasie.

□ **<u>Het betreft een eerste aanvraag voor vergoeding (periode van max. 360 dagen) :</u>**

Ik verklaar dat de rechthebbende tegelijkertijd aan de volgende voorwaarden voldoet :

- De rechthebbende is minstens 4 maanden oud.
- EN de rechthebbende heeft geen sluiting van groeischijven.
- EN de diagnose of achondroplasie werd bevestigd door passende genetische tests.

□ **<u>Het betreft een aanvraag tot verlenging van vergoeding (periode van max. 360 dagen) :</u>**

Ik bevestig dat deze rechthebbende reeds geniet van de vergoeding van deze specialiteit op grond van de bepalingen van §14120000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018, en ik bevestig dat de verlenging van de behandeling medisch gerechtvaardigd is bij deze rechthebbende.

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend is geweest vanwege een groeisnelheid van > of = 1,5 cm/jaar.

Ik verbind me ertoe de vergoede behandeling stop te zetten wanneer bevestigd is dat er geen groeipotentieel meer is, wat blijkt uit een groeisnelheid van < 1,5 cm/jaar en sluiting van de groeischijven.

Ik verbind me er verder toe de bewijsstukken die de geattesteerde situatie van de rechthebbende ondersteunen, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Op basis van de bovenvermelde gegevens, vraag ik voor deze rechthebbende de vergoeding aan van de specialiteit op basis van vosoritide voor een maximale toegestane hoeveelheid van 432 mg gedurende een maximale periode van 360 dagen.

<u>III – Identificatie van de arts-specialist bedoeld onder punt II hierboven :</u>

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nummer)

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

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