BIJLAGE A : Model van het formulier voor de vergoedingsaanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van Peginterferon alfa-2a (§ 11140000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

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

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

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

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

II - Elementen geattesteerd door een arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling en die erkend is in de medische oncologie, de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie of dermatologie

Ik ondergetekende, arts-specialist, erkend in de:

⊔ medische oncologie

⊔ inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie

⊔ dermatologie

verklaar dat bovenvermelde rechthebbende lijdt aan een cutaan T cel lymfoom en dat hij aan alle voorwaarden vermeld in paragraaf 11140000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voldoet.

- ☐ Het gaat om een eerste aanvraag tot vergoeding

  of

- ☐ Het gaat om een aanvraag tot verlenging van de vergoeding

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 in het dossier van de patiënt.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze rechthebbende vergoeding moet krijgen voor een periode van maximaal 12 maanden en die rekening houdt met een maximale dosis van 360µg per week.

III – Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld:

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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