BIJLAGE A : Model van het formulier voor de vergoedingsaanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van relugolix (§ 12420000 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 de arts:

Ondergetekende, arts in de geneeskunde, verklaar dat bovenvermelde rechthebbende lijdt aan een hormoonafhankelijke prostaatkanker in een vergevorderd stadium en dat hij aan alle voorwaarden vermeld in paragraaf 12420000 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.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze rechthebbende de vergoeding van 13 verpakkingen van 30 x 120 mg van deze specialiteit moet krijgen voor een periode van maximaal 12 maanden.

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

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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