



☐ **Aanvraag tot verlenging**

Ik bevestig dat de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit voor een nieuwe periode van 12 maanden maximum, medisch verantwoord is voor deze rechthebbende.

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

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

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

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

|  |
|--|
|  |
|--|

(stempel)

.....

Versie geldig vanaf 01.09.2023