<u>BIJLAGE A :</u> Model van het formulier voor de vergoedingsaanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van feneticilline (§ 13340000 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 geattesteerd door een arts-specialist in de klinische hematologie of in de pediatrische oncologie en hematologie :</u>

Ik ondergetekende, arts-specialist in de :

☐ Klinische hematologie.

☐ Klinische infectiologie.

☐ Pediatrische oncologie en hematologie.

Verklaar dat bovenvermelde rechthebbende niet ouder is dan 9 jaar en een preventieve behandeling van streptokokkeninfecties behoeft.

☐ 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 deze specialiteit moet krijgen voor een periode van maximaal 12 maanden.

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

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

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

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

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

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