BIJLAGE A :
Formulier voor een eerste aanvraag tot terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van alitrëtinoïne, opgenomen in §13650000 van hoofdstuk IV van de lijst die is gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Aansluitingsnummer)

II - Voorwaarden te attesteren door de arts-specialist :

Ik, ondergetekende, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is en lijdt aan chronisch handeczeem (de rechthebbende vertoont geen genezing of aanzienlijk verbetering binnen 3 maanden na initiële diagnose of binnen het jaar zijn er 2 recidieven opgetreden) en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) of punt b) van §13650000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018.

Ik verbind mij ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat de betrokken rechthebbende zich in de bevestigde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze rechthebbende recht heeft op de vergoeding van de farmaceutische specialiteit opgenomen in §13650000 voor een periode van 12 weken.

Ik verzoek daarom voor deze rechthebbende de terugbetaling van het maximaal aantal verpakkingen, rekening houdend met :

- □ Een dosis van 30 mg, eenmaal per dag toegediend.

OF

- □ Een dosis van 10 mg, eenmaal per dag toegediend (bij bewezen intolerantie voor de hogere dosis van 30 mg).

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Voornaam)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (Datum)

(Stempel) (Handtekening van de arts)