

Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van tegomilfumaraat (§13790000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

[illegible]

- ☐ Bovenvermelde rechthebbende lijdt aan multiple sclerose van het relapsing-remitting type en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) van §13790000 van hoofdstuk IV :
- Voorwaarden m.b.t. de leeftijd, 18 jaar of ouder.
 - Voorwaarden m.b.t. de diagnose met de meest recente McDonald criteria.
 - Voorwaarden m.b.t. het behalen van een score van 6,5 of minder op de EDSS.

- ☐ De rechthebbende lijdt aan multiple sclerose en kreeg een eerdere vergoeding voor de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van dimethylfumaraat volgens de bepalingen van §7680000 van hoofdstuk IV.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

(handtekening van de arts)