<u>BIJLAGE A :</u> Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier
Formulier voor de aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit ingeschreven in §13880300 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018.

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

<u>II – Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts verbonden aan een centrum met ervaring in stamceltransplantatie of transplantatie van vaste organen :</u>

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde aan een centrum met ervaring in stamceltransplantatie of transplantatie van vaste organen, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan de voorwaarden gesteld in punt a) van §13880300 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

- ☐ Rechthebbende na een stamceltransplantatie, en die op het ogenblik van de eerste toediening minstens 19 jaar zijn maar nog geen 46 jaar, voor de actieve immunisatie tegen de door HPV veroorzaakte aandoeningen :
  - ☐ Het betreft een immunisatie na de eerste stamceltransplantatie.
  - ☐ Het betreft een immunisatie na een tweede stamceltransplantatie.
- ☐ Rechthebbende na een transplantatie van een vast orgaan, en die op het ogenblik van de eerste toediening minstens 19 jaar zijn maar nog geen 46 jaar, voor de actieve immunisatie tegen de door HPV veroorzaakte aandoeningen.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van maximaal 3 verpakkingen van deze specialiteit noodzakelijk is gedurende een periode van 12 maanden voor de actieve immunisatie tegen de door HPV veroorzaakte aandoeningen.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

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

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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