BIJLAGE A : Model van het formulier voor de aanvraag.

Formulier voor de aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van voriconazol in §2560101 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

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

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

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

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

II – Elementen te bevestigen door de arts verantwoordelijk voor de behandeling :

□ **Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding**

Ik, ondergetekende, arts verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de rechthebbende hierboven vermeld ernstig immuungecompromitteerd is en dat :

□ De rechthebbende lijdt aan een bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve aspergillose.

OF

□ De rechthebbende lijdt aan een fluconazol- of itraconazol-resistente ernstige invasieve Candida-infectie.

OF

□ De rechthebbende lijdt aan een invasieve mycose veroorzaakt door Scedosporium spp of Fusarium spp.

OF

□ De rechthebbende kritiek ziek is en lijdt aan een hierboven beschreven bewezen of waarschijnlijk geachte invasieve mycose ten gevolge van een ernstige pulmonale infectie.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit dient te krijgen, voor een periode van 6 maanden.

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.

□ **Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding**

Ik, ondergetekende, arts verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende reeds een machtiging van vergoeding voor deze specialiteit heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van §2560101 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. 1 februari 2018.

Ik bevestig dat de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit voor een nieuwe periode van 6 maanden, medisch verantwoord is voor deze rechthebbende.

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.

III – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer) :

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

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

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

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

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