

BIJLAGE A: Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit HYCANTIN (orale vorm) (§4940000, hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

.....

II - Elementen te bevestigen door de pneumoloog houder van een bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie of door de geneesheer-specialist in de medische oncologie:

Ik ondergetekende,

- geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie
- geneesheer-specialist in de pneumologie houder van een bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie

verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan recidiverend kleincellig longcarcinoom lijdt en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 4940000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001. Voorwaarden met betrekking tot het interval van het termijn, tussen 45 en 180 dagen, tussen het einde van de eerstelijnsbehandeling en het recidief.

Datum van de laatste toediening van de eerstelijnsbehandeling:/..../.....

Ik verbind mij ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt. Op basis van de hierboven vermelde elementen, getuig ik, dat de toestand van deze patiënt de vergoeding van de specialiteit HYCANTIN (orale vorm) vereist.

III – Identificatie van de betrokken apotheker :

Naam en voornaam :

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is: 7.10 - - .. -

Adres :

IV - Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:

..... (naam)
 (voornaam)
 1-.....-.....-..... (N° RIZIV)
 .. / .. / (Datum)



(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)