



3. Wat mijn praktijk en de identificatie van de referentie ziekenhuisapotheker aangaat:

3.1. Ik ben sinds  /  /  verbonden aan het Centrum zoals hieronder weergegeven, dat erkend is in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigen die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole ziekte:

- De exacte naam en adres van dit Centrum zijn de volgende:

.....  
.....  
.....

- identificatienummer van de RIZIV conventie van dit Centrum: 7.89 -  -  (in bijlage voeg ik het attest van de verantwoordelijke arts van dit Centrum, die de verbondenheid bevestigt)

3.2. Identificatie de betrokken ziekenhuisapotheker, die samenwerkt met het vermelde Centrum:

- Naam en voornaam :

.....  
.....

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

7.10 -  -  -

Adres :

.....  
.....

4. Ik verbind me ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde toestand bevindt.

5. Ik verbind me ertoe, indien mijn patiënt de vergoeding van de specialiteit NAGLAZYME zal verkregen hebben, aan het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van de § 4900000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

6. Op basis van alle geattesteerde elementen hierboven en alle noodzakelijke documenten toegevoegd in bijlage van dit formulier, bevestig ik dat mijn patiënt de terugbetaling van een behandeling van 12 maanden met de specialiteit NAGLAZYME dient te krijgen met een dosering van 1 mg/kg lichaamsgewicht, toegediend 1x per week.

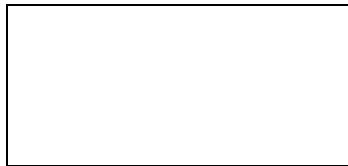
**III – Identificatie van de geneesheer –specialist in punt II hierboven vermelde:**

(naam)

(voornaam)

-  -  -  (n° RIZIV)

/  /  (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)