

BIJLAGE A : Model van het formulier voor de eerste vergoedingsaanvraag

Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de specialiteit BETA FERON (§ 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

.....

II - Elementen geattesteerd door de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de

neurologie

neuropsychiatrie

verklaar dat bovenvermelde rechthebbende gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) 1 en a) 2 van § 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- voorwaarden m.b.t. de diagnose met de meest recente McDonald criteria;
- voorwaarden m.b.t. het behalen van een EDSS-score van 6,5 of minder op de EDSS;

de patiënt lijdt aan multiple sclerose gekenmerkt door een enkele exacerbatie, waarbij de dissociatie in tijd en in plaats werd bewezen;

de patiënt lijdt aan multiple sclerose van het relapsing-remitting-type;

de patiënt lijdt aan multiple sclerose van het secundair progressieve type met minstens 1 exacerbatie in de voorbije 2 jaren;

Datum van de laatste exacerbatie: .. / .. /

Ik attesteer dat de patiënt een EDSS-score van 6,5 of minder heeft.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de specialiteit BETA FERON voor 13 verpakkingen gedurende een eerste periode van 12 maanden.

III - Identificatie van de geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer)

..... (naam)

..... (voornaam)

..... (RIZIV nr)

.. / .. / (datum)

.....(HANDTEKENING GENEESHEER)