BIJLAGE A : Model van het formulier voor de vergoedingsaanvraag van de specialiteit FIRMAGON
(§ 2360000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

II – Elementen geattesteerd door de arts

Ondergetekende, arts in de geneeskunde, verklaar dat bovenvermelde rechthebbende lijdt aan een hormoonafhankelijke prostaatkanker in een vergevorderd stadium en dat hij aan alle voorwaarden vermeld in paragraaf 2360000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voldoet.

⊔ Het gaat om een eerste aanvraag tot terugbetaling

of

⊔ Het gaat om een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling.

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding voor deze specialiteit moet krijgen voor de een periode van maximaal 12 maanden.

⊔ Aangezien het gaat om een **eerste aanvraag tot terugbetaling** is vergoeding van 1 verpakking van 2 x 120 mg en 12 verpakkingen van 1 x 80 mg FIRMAGON voor deze periode van 12 maanden vereist;

of

⊔ Aangezien het gaat om een **verlenging van de terugbetaling** is vergoeding van 13 verpakkingen van 1 x 80 mg FIRMAGON voor deze periode van 12 maanden vereist.

III – Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔	(naam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔	(voornaam)
1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔	(RIZIV-nummer)
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	(datum)

(STEMPEL) ..... (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)