BIJLAGE A : Model van formulier voor aanvraag :
Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van een specialiteit op basis van denosumab (§ 6160000 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)

Ik ondergetekende, arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling, attesteer dat de hierboven vermelde rechthebbende alle voorwaarden vervult van § 6160000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01.02.2018 voor de vergoeding van een behandeling met deze specialiteit :

☐ **II – Eerste aanvraag :**

De rechthebbende is ouder dan > of = 18 jaar en heeft minstens 1 botmetastase van een solide tumor.

OF

De rechthebbende is ouder dan > of = 18 jaar en heeft multiple myeloom en minstens 1 botmetastase en een creatinine klaring van < 60mL/min.

Ik verbind er mij toe het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze rechthebbende recht heeft op de vergoeding van 3 verpakkingen van 4 flacons of voorgevulde spuiten van 120 mg voor een eerste periode van 48 weken voor een behandeling met de onderhuidse inspuiting van 1 flacon of voorgevulde spuit elke 4 weken.

☐ **III – Verlengingen :**

Deze rechthebbende heeft reeds een toelating tot vergoeding gekregen van een behandeling van minstens 48 weken met deze specialiteit op basis van de voorwaarden uit § 6160000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01.02.2018, en de voortzetting van de behandeling is medisch gerechtvaardigd.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze rechthebbende recht heeft op de vergoeding van 3 verpakkingen van 4 flacons of voorgevulde spuiten van 120 mg voor een nieuwe periode van 48 weken voor een behandeling met de onderhuidse inspuiting van 1 flacon of voorgevulde spuit elke 4 weken.

IV – Identificatie van de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :

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

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

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

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

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