BIJLAGE A: Model van het formulier voor de aanvraag

Formulier voor de aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van glycoproteïne E van varicellavirus-zona voor de actieve immunisatie ter preventie van herpes zoster en postherpetische neuralgie bij de volwassene (§12320000 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)

II – Elementen te bevestigen door de arts:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is en voldoet aan de voorwaarden gesteld in punt a) van §12320000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

⊔ EN/OF een hematologische maligniteit of een andere maligne tumor heeft en een actieve behandeling hebben ondergaan gedurende de laatste 5 jaar voorafgaand aan de eerste toediening van deze specialiteit,

⊔ EN/OF besmet zijn met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV),

⊔ EN/OF een hematopoïetische stamceltransplantatie of een orgaantransplantatie hebben ondergaan of in aanmerking komen voor een transplantatie,

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit noodzakelijk is voor de actieve immunisatie ter preventie van herpes zoster en postherpetische neuralgie.

Ik vraag voor de rechthebbende de vergoeding van 2 verpakkingen om de behandeling te verzekeren gedurende een periode van maximaal 8 maanden.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

III – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

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

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

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

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

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