

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit SIMPONI voor spondylitis ankylosans (volgens de Modified New York Criteria) (§ 5650300 van hoofdstuk IV van Bijlage I van het K.B. van 21 december 2001)

|||||

Lk, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt, die minstens 18 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling met de specialiteit SIMPONI gedurende 14 weken, voor de behandeling van spondylitis ankylosans volgens de Modified New York Criteria, die onvoldoende reageert op conventionele therapie.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit SIMPONI gedurende een periode van 12 maanden. Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren overeenstemt met :

- maximaal 12 verpakkingen van SIMPONI 1 x 50 mg

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 5650300 van hoofdstuk IV van Bijlage I van het K.B. van 21 december 2001.

_____ (naam)
 _____ (voornaam)
 1-_____-____-____ (RIZIV Nr)
 ____/____/____ (Datum)

--

(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)