**Aanvraagformulier :**
Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit op basis van imiquimod (§ 4110000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 01.02.2018)

**I – Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer bij de VI) :**

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

**II – Elementen van de voorwaarden vermeld onder punt a) van § 4110000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01.02.2018:**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, gespecialiseerd in dermato-venerologie:

verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende één of meerdere kleine superficiële basaalcelcarcinomen vertoont op de romp, de ledematen of de nek en dat andere beschikbare behandelingen niet geschikt zijn omwille van de mogelijke aan de behandeling gerelateerde morbiditeit en/of slechte cosmetische resultaten.

Deze rechthebbende heeft bijgevolg de terugbetaling nodig voor een 30 dagen behandeling met de specialiteit op basis van imiquimod aan een posologie van 5 zakjes per week (maximaal 3 verpakkingen).

Ik vraag bijgevolg de terugbetaling aan voor 3 verpakkingen op basis van imiquimod voor deze rechthebbende voor een maximale periode van 3 maanden.

Ik hou de nodige elementen ter beschikking van de adviserend-arts om te bewijzen dat mijn rechthebbende zich op dit ogenblik in de betrokken situatie bevindt.

**III – Identificatie van de arts-specialist (naam, voornaam, adres, RIZIV nr.) :**

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

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(stempel) (handtekening van de arts)