

**BIJLAGE A: Model van het formulier voor een eerste aanvraag
Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de specialiteit op basis van glatirameeracetaat 40mg/ml (§ 10800000 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 geattesteerd door de arts-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie:

Ondergetekende, arts, erkend specialist in de
 neurologie
 neuropsychiatrie

verklaar dat bovenvermelde rechthebbende gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) van § 10800000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

- voorwaarden m.b.t. de diagnose met de meest recente McDonald criteria;
- voorwaarden m.b.t. het behalen van een score van 6,5 of minder op de EDSS;

Ik attesteer dat de rechthebbende heden een EDSS score van 6,5 of minder heeft.

Het aantal vergoedbare verpakkingen is beperkt tot 4 per 48 weken (verpakkingen van 36 voorgevulde spuiten).
Ik verbind mij ertoe bij de betrokken rechthebbende niet langer de toegestane specialiteit voor te schrijven dan nodig.

Hiermee attesteer ik dat de rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met 4 verpakkingen van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 10800000) gedurende een eerste periode van 48 weken.

III - Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld:

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

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

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

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



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)