

**Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE (§ 470101 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)**

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :**

---

\_\_\_\_\_ (naam)  
\_\_\_\_\_ (voornaam)  
\_\_\_\_\_ (inschrijvingsnummer)

**II – Elementen te bevestigen door de behandelende geneesheer:**

---

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om de vergoeding van de specialiteit DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE te verkrijgen voor de behandeling van gemetastaseerd of lokaal doorgegroeid prostaatacarcinoom, zoals deze voorwaarden voorkomen in § 470101 van hoofdstuk IV van het KB van 2 december 2001.

Met het oog hierop levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging af waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt. De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op verzoek van de arts.

- Het gaat om een eerste periode van machtiging van:**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 3,75 mg**
  - DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 11,25 mg**
  - DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 22,5 mg**

- Het betreft een aanvraag tot verlenging van:**
- DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 3,75 mg**
  - DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 11,25 mg**
  - DECAPEPTYL® SUSTAINED RELEASE 22,5 mg**

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, inbegrepen, in voorkomend geval, indien de voorwaarden voorzien dat de aanvraag moet opgesteld worden door een geneesheer die houder is van een bijzondere medische kwalificatie, een attest van een geneesheer die deze kwalificatie bezit, die bevestigt dat de voorwaarden wel degelijk vervuld zijn bij deze patiënt.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding voor deze specialiteit moet krijgen voor de periode voorzien in de reglementering van de hierboven vermelde paragraaf.

**III – Identificatie van de behandelende geneesheer:**

---

\_\_\_\_\_ (naam)  
\_\_\_\_\_ (voornaam)  
1- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (N° RIZIV)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (DATUM)

(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

