

## A21) Model van formulier voor een aanvraag tot terugbetaling

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling, voor een product waarvoor de vergoedingsvoorwaarden, zoals bepaald in deel I van de lijst in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994geen specifiek aanvraagformulier opleggen  
**(optioneel voor medische voeding)**

### I – Identificatie van de rechthebbende:

**Naam :** .....

**Voornaam :** .....

**Adres :** .....

**INSZ-nr :** .....

### II – Elementen te bevestigen door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om een vergoeding te verkrijgen voor:

..... (naam van het product)

- Het gaat over een eerste aanvraag tot machtiging (looptijd van de machtiging .....
- Het gaat over een verlenging van de machtiging (looptijd van de verlenging .....

( Vink het overeenkomstige vakje aan)

Als de reglementering in het voorziet, voeg ik het gemotiveerde verslag samen met de vraag..

Ik verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, inbegrepen, in voorkomend geval, indien de voorwaarden voorzien dat de aanvraag moet opgesteld worden door een arts die houder is van een bijzondere medische kwalificatie, een attest van een arts 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 dit product moet krijgen voor de periode voorzien in de reglementering van de hierboven vermelde paragraaf.

### III- Identificatie van de behandelende arts:

**Naam :** .....

**Voornaam :** .....

**Adres :** .....

**RIZIV-nr:** .....

DATUM

STEMPEL

HANDTEKENING VAN DE ARTS