

**MB 07.06.2024 – BS 21.06.2024**  
**In werking op 01.08.2024**

**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 1994 geen specifiek aanvraagformulier opleggen.  
**(optioneel)**

**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)

§..... (indien het een grondstof is van hoofdstuk IV van de bijlage (lijst) bij het KB van 23.11.2021, Deel I –, titel 3)

Het gaat over een eerste aanvraag tot machtiging

Ik voeg bij deze bijlage A21 een gedetailleerd medisch rapport bij waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Het gaat over een verlenging van de machtiging

(  Vink het overeenkomstige vakje aan)

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