



## Aanvraag BEG

### Diloxanide tab 500 mg

Dossier nr.....

**Gegevens van de verzekerde:**

Naam en voornamen..... M / V

Geboortedatum..... SZF-nr..... Tel.nr.: .....

Betreft :  1ste aanvraag  verlenging

Naam aanvragende arts: .....

**Medische gegevens van de verzekerde:**

***Indicatie voor vergoeding:***

asymptomatische amoebiasis

**Dosering: S... dd ... .tab Gedurende .....**

Datum: .....

(Handtekening en SZF- stempel behandelend arts)

***Een onvolledig ingevuld formulier wordt niet in behandeling genomen.***

=====

***Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF***

Afgewezen. Reden van afwijzing:

Gehonoreerd voor .....tabletten.

Ingangsdatum:..... Einddatum: .....

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)

***Gelieve dit formulier in te leveren bij de Medische Dienst van het SZF van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur |***

***Adres: Frederik Derbystraat nr. 107-111 | Een SZF-Kantoor of SZF-Unit (bij de verschillende ziekenhuizen)***

***van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur | E-mail: [mdgnmontheffingen@staatsziekenfonds.sr](mailto:mdgnmontheffingen@staatsziekenfonds.sr) |***

***WhatsApp: +597 860-4817/+597 875-1063***