BIJLAGE
Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit

☐ LEVEMIR Flexpen
☐ LEVEMIR Penfill

(§ 3440000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

I - Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

☐ (naam)
☐ (voornaam)
☐ (aansluitingsnummer)

II – Voorwaarden door de behandelende arts te attesteren:

Ik ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 1 of een pancreasresectie heeft ondergaan, en bovendien aangesloten is bij een conventie inzake zelfregulatie van diabetes nr 786 groep 1 of 2 of nr 7867 met de verplichting de voorwaarden van deze conventie te volgen.

☐ Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling.
OF
☐ Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling.

Ik vraag de terugbetaling aan voor 12 maanden.

Desgevraagd bezorg ik de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de geneesheer-adviseur van de verzekeringsinstelling,

III - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

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

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

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (RIZIV nr)

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

(stempel) ..... (handtekening van de arts)