

BIJLAGE

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit

- NOVORAPID Flexpen
- NOVORAPID Penfill
- NOVORAPID fl

(§ 5070100 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 bovenvermelde diabetespatiënt wordt behandeld in het kader van de overeenkomsten inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patienten n° 786 of n° 7865 die:

voor wat betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:

OF

voor wat betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling:

tenminste 3 insulinetoedieningen per etmaal of een insulinepomp gebruikt, en die 4 glycemietingen per dag, met een minimum van 120 glycemietingen per maand uitvoert

OF

tenminste 3 insulinetoedieningen per etmaal gebruikt en die 4 glycemietingen per dag, à rato van 4 dagcurven per week met een minimum van 60 glycemietingen per maand uitvoert.

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 - ##### - ## - ### (nr. RIZIV)
 ##/##/#### (datum)

Stempel

Handtekening van de arts