

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van liraglutide

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

| (naam)

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

| (aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de bovenvermelde diabetespatiënt type 2 van 10 tot en met 17 jaar wordt behandeld in het kader van de overeenkomsten inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten n° 7867 :

OF

U die op het moment van de eerste aanvraag onvoldoende gecontroleerd is na behandeling met één of meer antidiabetica waaronder metformine.

U waarbij een voorafgaande metformine behandeling niet vereist is voor de terugbetaling wanneer metformine ongeschikt wordt geacht als gevolg van intolerantie of contra-indicaties

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 adviserend-arts van de verzekeringsinstelling.

| (naam)

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

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (RIZIV n°)

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

--

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)