

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van finerenon noodzakelijk is, voor een periode van maximum 392 dagen, aan een maximale dosis van 10 mg of 20 mg éénmaal per dag (afhankelijk van de creatinineklaring en het serumkalium gehalte), zoals vermeld in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP).

□ Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding:

Ik, ondergetekende arts, verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende reeds een machtiging van vergoeding voor de farmaceutische specialiteit op basis van finerenon heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 11860000 van hoofdstuk IV van de lijst bijgevoegd bij het K.B. van 01.02.2018.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat een verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van finerenon medisch verantwoord is voor deze rechthebbende, voor een nieuwe periode van maximum 392 dagen. Ik verklaar dat ik weet dat de maximale dosis 10 mg of 20 mg éénmaal per dag is (afhankelijk van de creatinineklaring en het serumkalium gehalte), zoals vermeld in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP).

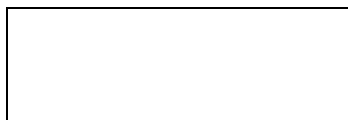
III - Identificatie van de voorschrijvende arts (naam, voornaam, RIZIV nummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)