BIJLAGE A : Model van het aanvraagformulier :

Formulier voor een aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van bupropion ingeschreven in §3040000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer) :

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II –Gegevens te verklaren door de behandelende arts :

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierbovenvermelde rechthebbende van nicotine afhankelijk is en met roken wenst te stoppen.

Ik verklaar dat deze rechthebbende voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 3040000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

- COPD door spirometrie aangetoond met een Tiffeneau index(ESW/VC) < 70% en met een ESW < 80% van de verwachte waarde.
- Minstens 35 jaar oud zijn.

Ik verklaar een plan voor ondersteunende gedragstherapie voor deze rechthebbende te hebben opgesteld en zijn akkoord te hebben verkregen wat betreft zijn actieve medewerking aan het uitvoeren van dit plan.

Op basis van deze elementen, verklaar ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding noodzakelijk is van maximum 3 verpakkingen van 100 tabletten van 150 mg van deze specialiteit over een periode van 5 jaar.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat deze rechthebbende zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend-arts.

III - Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld (naam, voornaam, adres, Nr RIZIV) :

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

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

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

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

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