BIJLAGE
Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit

☐ NOVOMIX 30 FLEXPEN
☐ NOVOMIX 30 PENFILL
☐ NOVOMIX 50 PENFILL
☐ NOVOMIX 50 FLEXPEN
☐ NOVOMIX 70 PENFILL
☐ NOVOMIX 70 FLEXPEN

(§ 5060000 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 voldoet aan één van de volgende criteria :

☐ Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:

☐ Patiënt is aangesloten bij een conventie inzake zelfregulatie van diabetes n° 786 of 7867 met de verplichting de voorwaarden van deze conventie te volgen.

OF

☐ Patiënt lijdt aan diabetes type 2 met een waarde van HbA1c > 7,5 % onder een behandeling met orale antidiabetica en/of insuline.

OF

☐ Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling:

In het geval van een niet-geconventionneerde type 2-diabetespatiënt zoals hierboven bedoeld, beschik ik over een waarde van HbA1c < 7 % van de voorbije 3 maand.

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

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

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)