

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit

- NOVORAPID Flexpen
- NOVORAPID Penfill
- NOVORAPID fl
- NOVORAPID PumpCart

(§5070200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

(naam)
 (voornaam)
 (aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de bovenvermelde diabetespatiënt een kind of adolescent is en is aangesloten bij een conventie inzake zelfregulatie van diabetes n° 7867 met de verplichting de voorwaarden van deze conventie te volgen.

- ☐ Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:
OF
☐ Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling:

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.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

(stempel)

(handtekening van de arts)