BIJLAGE A:
Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van IVABRADINE (§ 4610000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01.02.2018)

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

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

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

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

II – Voorwaarden te attesteren door de arts-specialist in cardiologie of in inwendige geneeskunde;

Ik, ondergetekende, arts-specialist

⊔ in de inwendige geneeskunde
⊔ in de cardiologie

verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt reeds een machtiging van terugbetaling voor de farmaceutische specialiteit op basis van IVABRADINE heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 4610000 van hoofdstuk IV van het K.B. 01.02.2018.

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

Ik bevestig dat de verlenging van de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van IVABRADINE voor een periode van 12 maanden medisch verantwoord is aan een posologie van:

⊔ 2x 5 mg per dag, wat een terugbetaling van 13 verpakkingen van 56 x 5mg
⊔ 2x 7,5 mg per dag, wat een terugbetaling van 13 verpakkingen van 56 x 7,5mg

III – Identificatie van de arts (naam, voornaam, RIZIV-nr):

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

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

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

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

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