

Aanvraag tot terugbetaling van

Atacand® - Atacand® PLUS
candesartan cilexetil candesartan cilexetil - hydrochlorothiazide

Ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde,
verzoekt de Adviserend Geneesheer om:

PATIËNT

Naam en voornaam:

Adres:

Naam en voornaam van de gerechtigde:

.....

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

TERUGBETALING

voormaand(en) (maximum 12 maanden)

VERLENGING VAN DE TERUGBETALING

voormaand(en) (maximum 60 maanden)

Met machtiging nr.:

ESSENTIËLLE HYPERTENSIE

Reden(en) voor het voorschrijven van ATACAND® of
ATACAND® PLUS

Mijn patiënt heeft de streefwaarden niet bereikt met
zijn huidige behandeling.

Mijn patiënt heeft onaanvaardbare nevenwerkingen met zijn
huidige behandeling.

ANAMNESE

Vorige behandelingen:

.....

HARTFALEN

Atacand® (8, 16, 32 mg) wordt terugbetaald als het wordt
toegediend als tweedelijnsbehandeling van rechthebbenden
met hartfalen en een verstoorde systolische functie van het
linkerventrikel (linkerventrikel ejectiefractie (LVEF) \leq 40%) in
geval van intolerantie aan ACE-inhibitoren, vastgesteld op
basis van het optreden van een gedocumenteerde episode van
angioneurotisch oedeem, of op basis van het optreden van een
niet productieve hardnekkige hoest, bij goed gebruik van een
ACE-inhibitor gedurende minstens 3 maand, welke verdwijnt bij
het stoppen van de behandeling. Voor deze rechthebbenden
wordt de gelijktijdige terugbetaling van Atacand® en een ACE-
inhibitor nooit toegestaan.

Behandelende geneesheer

Datum:/...../.....

Handtekening:

Stempel

Aanwijzingen voor de patiënt

- 1 Uw geneesheer heeft u, samen met uw voorschrift, een aanvraag tot terugbetaling voor Atacand®/Atacand® PLUS gegeven.
- 2 Bezorg deze aanvraag tot terugbetaling aan uw mutualiteit, die ze zal voorleggen aan hun Adviserend Geneesheer.
- 3 Uw mutualiteit zal u vervolgens een formulier bezorgen dat de terugbetaling van Atacand®/Atacand® PLUS voor een bepaalde periode zal toelaten.
- 4 Bewaar dit formulier zorgvuldig en toon het aan uw apotheker telkens u hem een voorschrift voor Atacand®/Atacand® PLUS overhandigt, zodat u hiervoor terugbetaling krijgt.
- 5 Bezorg het formulier terug aan uw mutualiteit op het einde van de terugbetalingsperiode.

**Faxen op nummer
02/370 49 53**

Dokter:

Adres:

.....

.....

wenst een nieuw boekje met
'Terugbetalingsaanvragen' voor
Atacand®/Atacand® PLUS.

Stempel

Datum :/...../.....

Handtekening