

AANVRAAG TOT TERUGBETALING

Levetiracetam Sandoz®

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

Naam

Voornaam

Aansluitingsnummer

II. Gegevens te verklaren door geneesheer-specialist in de neurologie / neuropsychiatrie / kinderneurologie :

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de

- ☐ neurologie
☐ neuropsychiatrie
☐ kinderneurologie

attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de hieronder vermelde dosering van Levetiracetam Sandoz® in de volgende situatie:

- ☐ in monotherapie voor de behandeling van partiële aanvallen met of zonder secundaire generalisatie bij patiënten vanaf 16 jaar met nieuw gediagnosticeerde epilepsie;
☐ in associatie voor de behandeling van partiële aanvallen met of zonder secundaire generalisatie bij volwassenen en bij kinderen en zuigelingen vanaf 1 maand met epilepsie;
☐ in associatie voor de behandeling van myoclonie aanvallen bij volwassenen en bij adolescenten vanaf 12 jaar met juveniele myoclonische epilepsie.

gedurende een eerste periode van 12 maanden.

- ☐ Levetiracetam Sandoz® 100 mg/ml 300 ml oplossing voor oraal gebruik
☐ Levetiracetam Sandoz® 100 mg/ml 10 x 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie
☐ Levetiracetam Sandoz® 1000 mg 100 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 750 mg 100 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 500 mg 100 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 250 mg 100 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 1000mg 200 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 750mg 200 filmomhulde tabletten
☐ Levetiracetam Sandoz® 500mg 200 filmomhulde tabletten

III. Identificatie van de geneesheer-specialist in de neurologie / neuropsychiatrie / kinderneurologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

Naam

Voornaam

N° RIZIV 1- --

Datum

Stempel

Handtekening van de geneesheer

.....

Machtiging tot het vergoeden van de farmaceutische specialiteiten waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van tot (maximum maanden) de vergoeding van de specialiteit

(benaming – verpakking indien nodig) opgenomen in vergoedingsgroep

- Naam en voornaam van de rechthebbende:
- Adres:
- Inschrijvingsnummer bij de V.I.:

De rechthebbende is verplicht om deze machtiging te tonen aan de afleverende apotheker die de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak erop aanbrengt bij het overleggen van het geneesmiddelenvoorschrift (zie hieronder).

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer:

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat de behandeling van (naam, voornaam) op basis van (benaming van de specialiteit) moet worden voortgezet voor dezelfde indicatie en dat de machtiging nr.

zou moeten vernieuwd worden voor een tijdvak van maand(en) (maximum 60 maanden).

Datum:

Handtekening en stempel van de behandelende geneesheer:

In te vullen door de afleverende apotheker:

Datum van aflevering	Benaming en verpakking van de afgeleverde specialiteit	Handtekening van de apotheker	Stempel van de apotheker

BELANGRIJKE OPMERKINGEN:

- a) De machtiging geldt voor de door de adviserend geneesheer toegestane periode. Bij het verstrijken ervan legt de rechthebbende haar voor aan de adviserend geneesheer.
Als de behandelend geneesheer wenst dat zij wordt hernieuwd, maakt hij dat bekend door de voorzijde van dit formulier in te vullen voor zover de reglementering zulks toestaat en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.
- b) De apotheker zal op het geneesmiddelenvoorschrift het omkaderde volgnummer, dat op de machtiging is vermeld, aanbrengen alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarificatie onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend geneesheer de vergoeding van het betrokken geneesmiddel heeft gemachtigd. Hij kan alsdan de derdebetalersregeling toepassen.