

BIJLAGE A

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling voor de grotere verpakkingen van een specialiteit op basis van azithromycine (§ 7150000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)

_____ (naam)
_____ (voornaam)
_____ (inschrijvingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door de behandelende geneesheer:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de:

- interne geneeskunde
- pneumologie
- pediatrie

verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan één van de volgende aandoeningen:

- mucoviscidose
- bronchiëctasie niet verbonden aan mucoviscidose
- niet eosinofiele ernstige asthma
- minstens GOLD stadium II COPD met frequente exacerbaties
- chronische afstoting na een longtransplantatie
- atypische Mycobacterium infectie

In het medisch dossier van de patiënt beschik ik over de bewijselementen welke het voorschrijven van azithromycine tijdens een langdurige periode rechtvaardigt en ik houd deze elementen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Op grond van al deze elementen, attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding van de grotere verpakkingen azithromycine dient te krijgen en ik vraag bijgevolg de vergoeding aan

- voor een periode van dagen (maximum 364 dagen)
- aan een posologie van... mg per dag

III – Identificatie van de behandelende geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer):

_____ (naam)
_____ (voornaam)
1-_____-_____-_____ (N° RIZIV)
___ / ___ / ____ (DATUM)
(STEMPEL) (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)