

Aanvraag tot terugbetaling van NovoRapid® Ter attentie van de adviserend geneesheer

Invullen of vignet kleven

Naam van de patiënt:

Naam van de verzekerde:

Adres:

Postcode:

Gemeente:

Mutualiteit:

Inschrijvingsnummer:

- Terugbetaling van NovoRapid® voor een periode van 12 maanden (volgens criterium A-11)**
- Verlenging van terugbetaling van NovoRapid® voor een periode van 12 maanden**
(attestnummer:)
- Voor een diabetespatiënt die wordt behandeld in het kader van de overeenkomsten inzake zelfregulatie van diabetes mellitus patiënten die :
1. ten minste 3 insulinetoedieningen per etmaal of een insulinepomp gebruiken, en die 4 glycemietingen per dag, met een minimum van 120 glycemietingen per maand uitvoeren.
 2. ten minste 3 insulinetoedieningen per etmaal gebruiken en die 4 glycemietingen per dag, à rato van 4 dagcurven per week, met een minimum van 60 glycemietingen per maand uitvoeren.
- Patiënt opgenomen in pediatrie conventie (Interpretatieregel van 03.07.06)**

Met collegiale groeten

Stempel van de geneesheer

Datum:

Handtekening:

Richtlijnen voor de patiënt:

Uw arts heeft een behandeling met NovoRapid® voorgeschreven. NovoRapid® is terugbetaalbaar volgens de volgende modaliteiten:

- Uw arts heeft u met uw voorschrift dit document "Aanvraag tot terugbetaling van NovoRapid®" overhandigd.
- Overhandig dit document aan de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds.
- Bij een gunstig advies zal het ziekenfonds instemmen met de terugbetaling van NovoRapid®.
- Deze goedkeuring is geldig voor maximum 12 maanden en draagt een nummer.
- Dit document dient u aan uw apotheker te tonen telkens u een voorschrift voor NovoRapid® voorlegt.
- Een verlenging van de terugbetaling moet geruime tijd vóór het verstrijken van de einddatum worden aangevraagd.