BIJLAGE A:
Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit IVABRADINE (§ 4610000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

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

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

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

II – Voorwaarden te attesteren door de geneesheer-specialist in cardilogie of in inwendige geneeskunde;

Ik, ondergetekende, geneesheer-specialist

⊔ in de inwendige geneeskunde
⊔ in de cardiologie

verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt reeds een machtiging van terugbetaling voor de specialiteit IVABRADINE heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 4610000 van hoofdstuk IV van het KB. 21.12.2001.

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

Ik bevestig dat de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit 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 geneesheer (naam, voornaam, RIZIV-nr):

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

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

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

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

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