

# Aanvraag tot terugbetaling van NovoMix®

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit:

NovoMix® 30 Penfill®

NovoMix® 50 Penfill®

NovoMix® 70 Penfill®

(§ 5060000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

## I - Identificatie rechthebbende:

Naam: .....

Voornaam: .....

Aansluitingsnummer: .....

## II - Voorwaarden door de behandelende arts te attesteren:

Ik ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de bovenvermelde diabetespatiënt voldoet aan één van de volgende criteria:

Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:

Patiënt is aangesloten bij een conventie inzake zelf-regulatie van diabetes nr. 786 of nr.7867 met de verplichting de voorwaarden van deze conventie te volgen.

OF

Patiënt lijdt aan diabetes type 2 met een waarde van  $HbA_{1c} > 7,5\%$  onder een behandeling met orale antidiabetica en/of insuline.

OF

Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling

In het geval van een niet-geconventioneerde type 2-diabetespatiënt zoals hierboven bedoeld, beschik ik over een waarde van  $HbA_{1c} < 7\%$  van de voorbije 3 maand.

Ik vraag de terugbetaling aan voor 12 maanden.

Desgevraagd bezorg ik de bewijsstukken, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de geneesheer-adviseur van de verzekeringsinstelling.

## III - Identificatie van de arts:

Naam: .....

Voornaam: .....

Nr. RIZIV: 1- 000000 - 00 - 000

Datum: 00 / 00 / 0000

Handtekening van de arts

Stempel