

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van rivaroxaban (§ 5150000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 5150000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende voor een periode van maximum 5 weken aansluitend op deze heupvervangende operatie de vergoeding moet krijgen :

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende voor een periode van maximum 2 weken aansluitend op deze knieervangende operatie de vergoeding moet krijgen :

Ik verklaar dat ik weet dat gelijktijdige vergoeding van de farmaceutische specialiteit met andere orale anticoagulantia van de categorie B-303 of B-235 nooit is toegelaten.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

.....

(handtekening van de arts)