

AANVRAAGFORMULIER VOOR DE TERUGBETALING VAN DE SPECIALITEIT TOVIAZ® (§268 van hoofdstuk IV)

Naam en voornaam van de patiënt : _____

Adres : _____

Naam en voornaam van de titularis : _____

Ziekenfonds : _____

Inschrijvingsnummer : _____

EERSTE AANVRAAG

Ik ondertekende, Dokter in de Geneeskunde,

vraag voor bij hoger vermeldde patiënt de terugbetaling van de specialiteit **Toviaz®**

- De volgende specialiteit wordt slechts vergoed in categorie B als het wordt toegediend in tweede lijn na onvoldoende respons of onaanvaardbare nevenwerkingen van een behandeling met oxybutynine, bij de behandeling van rechthebbenden met een neurogene blaas met hyperactiviteit van de blaas, te wijten aan een cerebrale lesie of een letsel aan het hoge ruggenmerg.
- Op basis van een aanvraag van de geneesheer specialist in de gynaecologie of in de urologie, waarin de diagnose wordt vermeld en waarin hij vermeldt dat hij de bewijsstukken die deze diagnose bevestigen ter de schikking houdt van de adviserend geneesheer, levert deze laatste aan de rechthebbende de machtiging af waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

AANVRAAG TOT VERLENGING

Ik ondertekende, Dokter in de Geneeskunde,

vraag voor bij hoger vermeldde patiënt de terugbetaling van de specialiteit **Toviaz®**

- De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 60 maanden op basis van het model 'd' behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en teruggestuurd naar de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

STEMPEL / IDENTIFICATIE VAN DE ARTS

Naam, voornaam, adres, Nr RIZIV

Met collegiale groeten,

Datum: / /

Handtekening van de arts :

Ministerieel besluit van 19 december 2008 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 (Bijlage I, hoofdstuk IV – Sub. B) [§2680000]

AANWIJZINGEN VOOR DE PATIËNT

1. Overhandig dit formulier aan uw ziekenfonds (mutualiteit), ter attentie van de Adviserend Geneesheer.
2. Uw ziekenfonds zal u een toelating voor de terugbetaling van **TOVIAZ®** toesturen.
3. Telkens u bij de apotheker uw geneesmiddel afhaalt, uiteraard met een doktersvoorschrift, moet u de apotheker deze toelating tonen.
4. Vraag uw behandelende arts goed op tijd om een verlenging aan te vragen.

TOV108N0009033