

Bijlage A AANVRAAGFORMULIER VOOR DE TERUGBETALING VAN DE SPECIALITEIT EUCREAS®

(§ 5000000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I | Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer)

Naam :	Ziekenfondsvignet
Voornaam :	
Aansluitingsnummer:	

II | Eerste aanvraag :

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat de voormelde patiënt gelijktijdig aan de volgende condities beantwoordt:

- diabetes type 2
- minstens 18 jaar
- voor de terugbetaling van een specialiteit op basis van vildagliptine heeft de adviserende geneesheer een voorafgaande toestemming gegeven
- nam gelijktijdig metformine en vildagliptine in gedurende minstens 4 maanden

Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer. Ik ben op de hoogte dat simultane terugbetaling van EUCREAS met andere orale antidiabetica of met incretinomimetica uitgesloten is. Simultane terugbetaling van EUCREAS met supplementair metformine (indien nodig) is wel toegestaan.

Ik verklaar daarom dat mijn patiënt gedurende een periode van 390 dagen de vergoeding van de specialiteit EUCREAS dient te krijgen à 2 x 1 tablet EUCREAS per dag, als vervanging van metformine en vildagliptine afzonderlijk.

Ik vraag voor mijn patiënt de vergoeding van verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder zijn vermeld:

- Vergoeding van 1 verpakking van EUCREAS 50 mg /850 mg x 60 tabletten en van 4 verpakkingen van EUCREAS 50 mg/850 mg x 180 tabletten
- Vergoeding van 1 verpakking van EUCREAS 50 mg /1000 mg x 60 tabletten en van 4 verpakkingen van EUCREAS 50 mg/1000 mg x 180 tabletten

III | Aanvraag tot verlenging

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat voormelde patiënt een verlenging van terugbetaling van de specialiteit ECREAS nodig heeft. Een recent gehalte van geglycosyleerd hemoglobine is niet hoger dan het niveau welke overeenstemt met 150 % van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium.

Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer. Ik ben op de hoogte dat simultane terugbetaling van EUCREAS met andere orale antidiabetica of met incretinomimetica uitgesloten is. Simultane terugbetaling van EUCREAS met supplementair metformine (indien nodig) is wel toegestaan.

Ik verklaar daarom dat mijn patiënt gedurende een periode van 390 dagen de vergoeding van de specialiteit EUCREAS dient te krijgen à 2 x 1 tablet EUCREAS per dag, als vervanging van metformine en vildagliptine afzonderlijk.

Ik vraag voor mijn patiënt de vergoeding van verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder zijn vermeld:

- Vergoeding van 1 verpakking van EUCREAS 50 mg /850 mg x 60 tabletten en van 4 verpakkingen van EUCREAS 50 mg/850 mg x 180 tabletten
- Vergoeding van 1 verpakking van EUCREAS 50 mg /1000 mg x 60 tabletten en van 4 verpakkingen van EUCREAS 50 mg/1000 mg x 180 tabletten

IV | Identificatie van de arts (naam, voornaam, RIZIV nummer)

Naam :	Stempel :
Voornaam :		
RIZIV nummer :	1-.....-.....-	Handtekening van de geneesheer :
Datum : /		