

Bijlage A AANVRAAGFORMULIER VOOR DE TERUGBETALING VAN DE SPECIALITEIT GALVUS®

(§ 4970000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

Naam :	Ziekenfondsvignet
Voornaam :	
Aansluitingsnummer :	

II | Voorwaarden door de behandelde arts te attesteren :

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is en lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd wordt na een voorafgaande behandeling met metformine aan de maximale gebruikelijke dosering gedurende minstens drie maanden. Dit was onvoldoende om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA_{1c}) gehalte beneden het niveau te brengen zoals aanbevolen in de Belgische richtlijnen (<7%, Consensusvergadering, 2003).

HET BETREFT EEN EERSTE AANVRAAG TOT TERUGBETALING

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend geneesheer, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt.

Derhalve bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een terugbetaling van de specialiteit GALVUS 50 mg 2 keer per dag, voor de behandeling in associatie met metformine gedurende een periode van 120 dagen, en vraag ik de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 60 tabletten van 50 mg.

HET BETREFT EEN AANVRAAG TOT VERLENGING VAN TERUGBETALING

Deze patiënt heeft al de terugbetaling voor tenminste één periode van behandeling door GALVUS 50 mg 2 keer per dag in associatie met metformine.

Ik verklaar dat deze behandeling voldoende doeltreffend was, want het geglycosyleerde hemoglobine (HbA_{1c}) gehalte is lager dan het overeenkomstige gehalte van 150 % van de normale bovenste waarde van het laboratorium.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend geneesheer, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt.

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit GALVUS 50 mg 2 keer per dag, voor een behandeling in associatie met metformine gedurende een periode van 360 dagen, en vraag ik de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg.

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

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