Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit ONGLYZA (§ 562000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Voorwaarden door de behandelende arts te attesteren:

Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde 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 dosis gedurende minstens drie maanden. Dit was onvoldoende om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het niveau te brengen zoals aanbevolen in de Belgische richtlijnen (< 7%, Consensusvergadering, 2003).

☐ Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:

Ik bevestig dat deze patiënt nood heeft aan een terugbetaling van de specialiteit ONGLYZA 5 mg per dag, voor de behandeling in associatie met metformine gedurende een periode van 126 dagen, en vraag de terugbetaling aan van 1 verpakking van 28 tabletten van 5 mg en 1 verpakking van 98 tabletten van 5 mg.

☐ Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling:

Deze patiënt heeft al de terugbetaling voor ten minste één periode van behandeling door ONGLYZA 5 mg per dag in associatie met metformine ingenomen. Ik verklaar dat deze behandeling voldoende doeltreffend was, want het geglycosyleerde hemoglobine (HbA_{1c}) gehalte is lager dan het overeenkomstige gehalte aan 150 % van de normale bovenste waarde van het laboratorium. Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit ONGLYZA 5 mg per dag voor een behandeling in associatie met metformine gedurende een periode van 392 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 98 tabletten van 5 mg.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken aan de adviserend geneesheer, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt.

III - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

Stempel en handtekening van de arts