**BIJLAGE A**

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit INVOKANA (§ 7310000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

**I - Identificatie rechthebbende (naam. voornaam, aansluitingsnummer):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (naam) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (voornaam) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (aansluitingsnummer) |

**II – Het betreft een eerste aanvraag aan een dosis van 100 mg/dag:**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de boven vermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60 ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd wordt door een voorafgaande behandeling van ten minste drie maanden met minstens één antidiabeticum waaronder metformine, die onvoldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte onder het aanbevolen niveau te brengen < 7,0 %.

Het gehalte van HbA1c aan het begin van de behandeling met INVOKANA bedraagt: ........... (moet tussen de 7,0 % en 9,0 % zijn).

Ik bevestig dat deze patiënt INVOKANA niet zal associëren met een incretinomimeticum noch met een ander gliflozine tijdens de gehele duur van de behandeling. Ik zal geen gliptine toevoegen in de loop van de behandeling met INVOKANA.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, 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 INVOKANA aan een dosering van 100 per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 210 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

⊔ 1 verpakking van 30 tabletten van 100 mg en 2 verpakkingen van 90 tabletten van 100 mg.

**III – Het betreft een eerste aanvraag aan een dosis van 300 mg/dag (dosisescalatie van 100 mg/ dag naar 300 mg/dag):**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de boven vermelde patiënt een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2. Deze patiënt heeft al de terugbetaling ontvangen voor ten minste één periode van behandeling door INVOKANA 100 mg per dag in associatie met minstens één antidiabeticum.

Ik bevestig dat de glycemiecontrole onvoldoende is.

Ik bevestig dat deze patiënt INVOKANA niet zal associëren met een incretinomimeticum noch met een ander gliflozine tijdens de gehele duur van de behandeling. Ik zal geen gliptine toevoegen in de loop van de behandeling met INVOKANA.

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

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan de terugbetaling van de specialiteit INVOKANA 300 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 210 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

⊔ 1 verpakking van 30 tabletten van 300 mg en 2 verpakkingen van 90 tabletten van 300 mg.

**IV - Het betreft een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling aan een dosis van 100 of 300 mg/dag:**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de boven vermelde patiënt een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2.

Deze patiënt heeft al de terugbetaling ontvangen voor ten minste één periode van behandeling door INVOKANA 100 mg of 300 mg per dag in associatie met minstens één antidiabeticum. Ik behoud dezelfde dosis van INVOKANA.

□ (enkel voor de eerste verlenging) Ik bevestig dat de waarde van HbA1c ≤ 7,5 % is of dat een daling van de HbA1c waarde ≥ 0,5 % bedraagt in vergelijking met de beginwaarden voor de start van de behandeling met INVOKANA.

□ (volgende verlengingen) Ik bevestig dat er voldoende glycemische controle is.

Ik bevestig dat deze patiënt INVOKANA niet zal associëren met een incretinomimeticum noch met een ander gliflozine tijdens de gehele duur van de behandeling. Ik zal geen gliptine toevoegen in de loop van de behandeling met INVOKANA.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, 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 INVOKANA 100 mg of 300 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 360 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

 ⊔ 4 verpakkingen van 90 tabletten van 100 mg (behoud van 100 mg per dag).

Of

⊔ 4 verpakkingen van 90 tabletten van 300 mg (behoud van 300 mg per dag).

**V- Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (naam) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (voornaam) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | - |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  | (RIZIV n°) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | (datum) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (stempel) | .......................................... | (handtekening van de arts) |