**BIJLAGE A**

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit VOKANAMET 50 mg/850 mg of 50 mg/1000 mg (§ 7690100 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 van VOKANAMET 50 mg/850mg of 50 mg/1000 mg canagliflozine/metformine:**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft, lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld gedurende tenminste 3 maanden met metformine en een ander antidiabeticum.

Ik verklaar dat een recente HbA1c waarde ……………………………………..% (moet ≥ 7,0 % en ≤ 9,0 %) was.

Ik bevestig dat deze patiënt VOKANAMET 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 VOKANAMET.

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 VOKANAMET aan een dosering van 50 mg/850 mg of 50 mg/1000 mg canagliflozine/metformine tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 210 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

⊔ 1 verpakking van 60 tabletten en 2 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg/850 mg canagliflozine /metformine.

Of

⊔ 1 verpakking van 60 tabletten en 2 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg/1000 mg canagliflozine /metformine.

**III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van VOKANAMET 50 mg/850 mg of 5 mg/1000 mg canagliflozine/metformine:**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60 ml/min/1,73m² heeft, lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld voor ten minste één vergoedbare periode met:

⊔ VOKANAMET 50 mg/850 mg tweemaal daags.

Of

⊔ VOKANAMET 50 mg/1000 mg tweemaal daags.

Ik bevestig dat er voldoende glycemische controle is.

Ik attesteer dat deze patiënt VOKANAMET 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 VOKANAMET.

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 VOKANAMET 50mg/850mg of 50mg/1000mg tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 360 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

⊔ 4 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg/850 mg van canagliflozine/metformine.

Of

⊔ 4 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg/1000 mg van canagliflozine/metformine.

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

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

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

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

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

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