**BIJLAGE A**

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit VOKANAMET 150 mg/850 mg of 150 mg/1000 mg (§ 7690200 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 150mg/850mg of 150mg/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 en lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld gedurende tenminste 3 maanden met:

⊔ INVOKANA 300 mg per dag

Of

⊔ VOKANAMET 50mg/850mg tweemaal per dag

Of

⊔ VOKANAMET 50mg/1000mg tweemaal per dag

Ik verklaar dat een recente waarde van HbA1c ………………..% (moet ≥ minstens 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 150mg/850mg of 150mg/1000mg 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 150 mg/850 mg canagliflozine /metformine.

Of

⊔ 1 verpakking van 60 tabletten en 2 verpakkingen van 180 tabletten van 150 mg/1000 mg canagliflozine /metformine.

 **III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van VOKANAMET aan een posologie van 150mg/850mg of 150mg/1000mg van canagliflozine/metformine tweemaal daags:**

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld voor ten minste één vergoedbare periode van 6 maanden met :

⊔ VOKANAMET 150 mg/850 mg of 150 mg/1000mg tweemaal daags.

Of

⊔ VOKANAMET 150 mg/1000 mg tweemaal daags.

Ik verklaar dat er voldoende glycemiecontrole is.

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 een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit VOKANAMET 150 mg/850 mg of 150 mg/1000 mg 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 150 mg/850 mg van canagliflozine/metformine.

Of

⊔ 4 verpakkingen van 180 tabletten van 150 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) |