

Aanvraag tot vergoeding van de specialiteit AVANDAMET

I. Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer)

Naam & voornaam

Adres.....

Naam gerechtigde.....

Verzekeringsinstelling.....

Nr.....

Of kleeftrookje van de mutualiteit

II. EERSTE AANVRAAG

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde verklaar dat de hierboven vermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is, aan diabetes type 2 lijdt en zich in geen enkele toestand bevindt die onverenigbaar is met de vergoeding van AVANDAMET (zwangerschap, concomitante behandeling met insuline, of met de specialiteit ACTOS of AVANDIA, of bitherapie met metformine en een hypoglykemiërend sulfamide, voorgeschiedenis van hartfalen, serum-spiegel van ALAT hoger dan 2,5 maal de maximale waarde).

Zoals deze patiënt een voorafgaande vergoeding van AVANDIA voor minstens 4 maanden heeft genoten in combinatie met metformine volgens de voorwaarden van § 216 en dat zijn geglycosileerde hemoglobine (HbA1c) niet hoger is dan 150% van de bovenste grens van de normale waarde van het betrokken laboratorium. Ik attesteer dat de patiënt de voorwaarden vervuld om gedurende een periode van 6 maanden de vergoeding voor de specialiteit AVANDAMET te verkrijgen. Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserende geneesheer.

Op basis van deze elementen, vraag ik voor mijn patiënt de vergoeding van de verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder vermeld staan in punt IV.

III. AANVRAAG TOT VERLENGING

Zie verso.

III. AANVRAAG TOT VERLENGING

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt een verlenging voor de vergoeding eerder toegekend voor de specialiteit AVANDAMET moet ontvangen voor een periode van 6 maanden. Inderdaad, deze patiënt bevindt zich in geen enkele toestand die onverenigbaar is met de vergoeding van Avandamet (zwangerschap, concomitante behandeling met insuline, of met de specialiteit Actos of Avandia, of bitherapie met metformine en een hypoglykemiërende sulfamide, voorgeschiedenis van hartfalen, serum-spiegel van ALAT hoger dan 2,5 maal de maximale waarde) en dat zijn geglycosileerde hemoglobine (HbA1c) niet hoger is dan 150% van de bovenste grens van de normale waarde van het betrokken laboratorium. Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserende geneesheer.

Op basis van deze elementen, vraag ik voor mijn patiënt de vergoeding van de verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder vermeld staan in punt IV.

IV. BEHANDELING WAARVOOR DE VERGOEDING WORDT GEVRAAGD

Behandeling gedurende maximaal 6 maanden met AVANDAMET,

zijnde 4 mg rosiglitazone per dag :

☐ Vergoeding van 7 verpakkingen **AVANDAMET[®] 2mg/1000mg x 56**

Behandeling gedurende maximaal 6 maanden met AVANDAMET,

zijnde 8 mg rosiglitazone per dag in geval van onvoldoende respons aan een voorafgaande vergoedbare behandeling van minstens 8 weken met 4 mg rosiglitazone per dag, door AVANDIA (in associatie met metformine) of door AVANDAMET :

☐ Vergoeding van 7 verpakkingen **AVANDAMET[®] 4mg/1000mg x 56**

Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nr.)

Datum : / /

Handtekening :

Stempel