BIJLAGE A: Model van formulier voor aanvraag

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit TRAJENTA

(§ 6320000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I -Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

(naam)

(voornaam)

(inschrijvingsnummer)

II - ☐ Eerste aanvraag:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voormelde patiënt ten minste 18 jaar oud is, lijdt aan diabetes type 2 en voldoet aan één van volgende voorwaarden :

☐ onvoldoende gecontroleerd door :

☐ een voorafgaande behandeling met metformine aan de maximale gebruikelijke posologie gedurende minstens drie maanden die niet voldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) onder het aanbevolen gehalte volgens de Belgische richtlijnen te brengen (< 53 mmol/mol (of < 7%) HbA1c, Consensusvergadering, 2003).

☐ een voorafgaande behandeling van minstens drie maanden met een associatie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide aan de maximale gebruikelijke posologie, die niet voldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) onder het aanbevolen gehalte volgens de Belgische richtlijnen te brengen (< 53 mmol/mol (of < 7%) HbA1c, Consensusvergadering, 2003).

OF

☐ Niet mogelijk te behandelen met metformine om reden van ernstige nierinsufficiëntie aangetoond door een meting van de glomerulaire filtratiesnelheid ≤ 29 ml/min/1,73 m^2 om het even de gebruikte methode voor de schatting of de meting.
Ik bevestig dat de waarde van de glomerulaire filtratiesnelheid van de hierboven vermelde patiënt werd geëvalueerd op
/ / (datum) en ml/min/1,73 m^2 bedraagt.

Ik verklaar dat die patiënt gedurende een periode van 130 dagen aan een maximale posologie van 5 mg per dag de vergoeding van de specialiteit TRAJENTA moet krijgen en vraag bijgevolg de terugbetaling aan van 1 verpakking van 30 tabletten aan 5 mg en 1 verpakking van 100 tabletten aan 5 mg.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit TRAJENTA met insulines behorend tot de vergoedingsgroep A-11 of andere antidiabetica behorend tot de vergoedingsgroepen A-61, A-64, A-69, A-75, A-91, A-92.

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

III – ☐ Aanvraag tot verlenging :

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voormelde patiënt al een terugbetaling heeft gekregen van een behandeling met de specialiteit TRAJENTA gedurende een periode van 130 dagen volgens de voorwaarden van § 6320000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Ik verklaar dat deze behandeling voldoende doeltreffend is gebleken, aangezien het geglycosyleerde hemoglobinegehalte (HbA1c) op huidig ogenblik het niveau dat overeenstemt met 150% van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium niet overschrijdt.

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit TRAJENTA 5 mg per dag voor een behandeling (in associatie met metformine, met een associatie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide of in monotherapie in geval van nierinsufficiëntie waarbij het gebruik van metformine gecontraindiceerd is) gedurende een periode van maximum 400 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 100 tabletten van 5 mg.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit TRAJENTA met insulines behorend tot de vergoedingsgroep A-11 of andere antidiabetica behorend tot de vergoedingsgroepen A-61, A-64, A-69, A-75, A-91, A-92.

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

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

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV nr)

/ / (datum)

STEMPEL

(HANDTEKENING VAN DE ARTS)