

**BIJLAGE A**

**Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit ENTRESTO (§ 8410000 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)

\_\_\_\_\_ (aansluitingsnummer)

**II – Voorwaarden te attesteren door de voorschrijver:**

**Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling**

Ondergetekende arts-specialist:  
 in de cardiologie

Ik verklaar hierbij dat bovenvermelde volwassen patiënt die lijdt aan symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefraction bij de start van de behandeling met ENTRESTO aan de volgende cumulatieve criteria voldoet:

- 1) Toestand van de patiënt komt overeen met:
  - NYHA (New York Heart Association) klasse II  
OF
  - NYHA klasse III  
OF
  - NYHA klasse IV
- 2) Linker ventrikel ejectiefraction (LVEF)  $\leq$  35 % (volgens echocardiografie)
- 3) Voorafgaand behandeld met een optimale dosis van ACE-remmers of sartanen

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te stellen van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit ENTRESTO dient te krijgen, voor een periode van 364 dagen, aan een maximale dosis van 97 mg/103 mg (sacubitril/valsartan) tweemaal per dag.

**Het betreft een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling**

Ondergetekende arts-specialist:  
 in de cardiologie  
 in de inwendige geneeskunde  
 in de geriatrie

Ik verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt reeds een machtiging van terugbetaling voor de specialiteit ENTRESTO heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 8410000 van hoofdstuk IV van het KB. 21.12.2001.

Ik bevestig dat de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit ENTRESTO voor een nieuwe periode van 364 dagen, aan een maximale dosis van 97 mg/103 mg (sacubitril/valsartan) tweemaal per dag, medisch verantwoord is voor deze patiënt met symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefraction.

**III – Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld:**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (RIZIV n°)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (datum)

\_\_\_\_\_ (stempel)

..... (handtekening van de arts)