BIJLAGE A :
Aanvraagformulier voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine (§8360000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

I – Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

II – Het betreft een eerste aanvraag :

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 30 ml/min/1,73m^2 heeft en lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd wordt door een voorafgaande behandeling van ten minste 3 maanden met minstens één antidiabeticum waaronder metformine, die onvoldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het aanbevolen niveau te brengen (<7,0%).

Het gehalte van HbA1c aan het begin van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine bedraagt: ..... (moet tussen de 7,0% en 9,0% zijn).

Ik bevestig dat deze rechthebbende deze specialiteit 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 deze specialiteit.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, waaruit blijkt dat mijn rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt.

Derhalve bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine aan een dosering van 10 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 322 dagen, en vraag ik dus de vergoeding aan van:

⊔ 1 verpakking van 28 tabletten van 10 mg en 3 verpakkingen van 98 tabletten van 10 mg.

III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 30 ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2.

Deze rechthebbende heeft al de vergoeding ontvangen voor ten minste één periode van behandeling door de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine 10 mg per dag in associatie met minstens één ander antidiabeticum .

⊔ Ik bevestig dat de rechthebbende met een glomerulaire filtratiesnelheid > of = 60 ml/min/1,73m² heeft en :

- □ (enkel voor de eerste verlenging) Ik bevestig dat de waarde van(HbA1c ≤ 7,5% bedraagt of de daling van HbA1c ≥0,5% bedraagt in vergelijking met de startwaarde.
- □ OF (volgende verlengingen) Ik bevestig dat er een voldoende glycemische controle is.

OF

⊔ Ik bevestig dat de rechthebbende een glomerulaire filtratiesnelheid > of = 30 ml/min/1,73m² en < 60ml/min/1,73m² heeft.

Ik attesteer dat deze rechthebbende deze specialiteit dapagliflozine 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 deze specialiteit.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, waaruit blijkt dat mijn rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt.

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine 10 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 392 dagen, en vraag ik dus de vergoeding aan van:

⊔ 4 verpakkingen van 98 tabletten van 10 mg.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

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