

BIJLAGE A

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine (§ 11150000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

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

Ik, ondergetekende arts, verklaar hierbij dat bovenvermelde volwassen rechthebbende lijdt aan symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefractie en aan de volgende cumulatieve criteria voldoet, bij de start van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine als aanvulling op de huidige standaardzorg:

1) Toestand van de rechthebbende komt overeen met:

- NYHA (New York Heart Association) klasse II
- Of
- NYHA klasse III
- Of
- NYHA klasse IV

2) De rechthebbende lijdt niet aan diabetes type 1

3) Linker ventrikel ejectiefractie $\leq 40\%$ (volgens echocardiografie)

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

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze rechthebbende de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine dient te krijgen, voor een periode van 392 dagen, aan een maximale dosis van 10 mg (dapagliflozine) per dag.

Het betreft een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling

Ik, ondergetekende arts, verklaar hierbij dat bovenvermelde rechthebbende reeds een machtiging van terugbetaling voor de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van § 11150000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB. 1 februari 2018.

Ik bevestig dat de verlenging van de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine voor een nieuwe periode van 392 dagen, aan een maximale dosis van 10 mg (dapagliflozine) per dag, medisch verantwoord is voor deze rechthebbende met symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefractie.

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - _____ - [] - [] (RIZIV n°)

[] / [] / [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)