BIJLAGE A

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit JARDIANCE (§ 7590000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

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

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

II – Het betreft een eerste aanvraag aan een dosis van 10 of 25 mg/dag:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd wordt door een voorafgaande behandeling van ten minste drie 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 JARDIANCE bedraagt: .....(moet tussen de 7,0 % en 9,0 % zijn).

Ik bevestig dat deze patiënt JARDIANCE 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 JARDIANCE.

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

Derhalve bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een terugbetaling van de specialiteit JARDIANCE aan een dosering van 10 of 25 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 230 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

☐ 1 verpakking van 30 tabletten van 10 mg en 2 verpakkingen van 100 tabletten van 10 mg.

of

☐ 1 verpakking van 30 tabletten van 25 mg en 2 verpakkingen van 100 tabletten van 25 mg.

III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van de terugbetaling aan een dosis van 10 of 25 mg/dag:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde patiënt een glomerulaire filtratiesnelheid ≥ 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2.

Deze patiënt heeft al de terugbetaling ontvangen voor ten minste één periode van behandeling door JARDIANCE 10 mg of 25 mg per dag in associatie met minstens één ander antidiabeticum.

☐ (enkel voor de eerste verlenging) Ik bevestig dat de waarde van HbA1c ≤ 7,5% is of dat de daling van de HbA1c waarde ≥ 0,5 % bedraagt in vergelijking met de beginwaarden voor de start van de behandeling met JARDIANCE.

☐ (volgende verlengingen) Ik bevestig dat er voldoende glycemische controle is.

Ik bevestig dat deze patiënt JARDIANCE 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 JARDIANCE.

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

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit JARDIANCE 10 mg of 25 mg per dag voor een behandeling in associatie gedurende een periode van 400 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van:

☐ 4 verpakkingen van 100 tabletten van 10 mg

Of

☐ 4 verpakkingen van 100 tabletten van 25 mg

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel) (handtekening van de arts)