

BIJLAGE A

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine (§ 8470000 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 – Het betreft een eerste aanvraag van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 5 mg/850 mg of 5 mg/1000 mg:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid $\geq 60\text{ml/min/1,73m}^2$ heeft, lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld gedurende tenminste 3 maanden met metformine en een ander antidiabeticum .

Ik verklaar dat een recente waarde van HbA1c% (moet $\geq 7,0\%$ en $\leq 9,0\%$) was.

Ik attesteer dat deze rechthebbende de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 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 de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine.

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 de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine aan een dosering van 5mg/850mg of 5mg/1000mg tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 224 dagen. Dus vraag ik de terugbetaling aan van:

1 verpakking van 56 tabletten en 2 verpakkingen van 196 tabletten van 5 mg/850 mg dapagliflozine /metformine.

Of

1 verpakking van 56 tabletten en 2 verpakkingen van 196 tabletten van 5 mg/1000 mg dapagliflozine /metformine.

III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van De farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 5 mg/850 mg of 5 mg/1000mg:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende een glomerulaire filtratiesnelheid $\geq 45\text{ ml/min/1,73m}^2$ heeft, lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld voor ten minste één vergoedbare periode met:

De farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 5 mg/850 mg tweemaal daags.

Of

De farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 5 mg/1000 mg tweemaal daags.

Ik bevestig dat er voldoende glycemische controle is.

Ik attesteer dat deze rechthebbende de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 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 de farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine.

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 terugbetaling van de specialiteit De farmaceutische specialiteit op basis van dapagliflozine en metformine 5mg/850 mg of 5mg/1000mg tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 392 dagen. Dus vraag ik de terugbetaling aan van:

4 verpakkingen van 196 tabletten van 5 mg/850 mg van dapagliflozine/metformine.

Of

┘ 4 verpakkingen van 196 tabletten van 5 mg/1000 mg van dapagliflozine/metformine.

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

[] (naam)

[] (voornaam)

[] [] - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] (RIZIV n°)

[] [] / [] [] / [] [] [] [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)