BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit op basis van dulaglutide (§ 7980000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018).

I – <u>Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

<u>II – Het betreft een eerste aanvraag:</u>

Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 2, en tevens voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 7980000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018, want deze patiënt

- is onvoldoende gecontroleerd na tenminste 3 maanden behandeling met één of meer antidiabetica waaronder metformine sinds > of = 3 maanden

en

- het HbA1c gehalte bedraagt: ……….. (moet >7,5 %).

en

- vertoont een body mass index van minstens 30 kg/m^2.

en

- de behandeling met de specialiteit is nooit in monotherapie maar in associatie met:

□ metformine

□ metformine en een hypoglycemiërend sulfamide

□ metformine en een glinide

□ metformine en een glitazone

□ metformine en een basaal insuline

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt de specialiteit op basis van dulaglutide niet zal associëren met een gliptine, een gliflozine noch een ander incretinomimeticum .

Ik verbind me ertoe om de bewijsstukken, waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van maximum 13 verpakkingen van de specialiteit op basis van dulaglutide noodzakelijk is gedurende een periode van 12 maanden.

<u>III – Het betreft een aanvraag tot verlenging:</u>

Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt al een terugbetaling heeft gekregen van een behandeling met de specialiteit op basis van dulaglutide gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 7980000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018.

□ (enkel voor de eerste verlenging) Ik bevestig dat de waarde van HbA1c < 7,0 % bedraagt of dat de daling van de HbA1c-waarde > of = 1 % bedraagt in vergelijking met de startwaarde.

□ (verdere verlengingen) Ik bevestig dat er voldoende glycemiecontrole is.

Vandaar is het noodzakelijk dat deze patiënt een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit op basis van dulaglutide krijgt voor een nieuwe periode van 12 maanden met maximaal 13 verpakkingen.

Bovendien is de behandeling met de specialiteit nooit in monotherapie maar in associatie met:

□ metformine

□ metformine en een hypoglycemiërend sulfamide

□ metformine en een glinide

□ metformine en een glitazone

□ metformine en een basaal insuline

Ik bevestig dat deze patiënt de specialiteit op basis van dulaglutide niet zal asscociëren met een gliptine, een glifozine noch een ander incretinomimeticum

Ik verbind me ertoe om de bewijsstukken, waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

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