BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit VICTOZA (§ 5660000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

⊔⊔

II – Elementen te bevestigen door de arts voor een eerste aanvraag (dosering van 1,2 mg per dag):

⊔ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 2, en tevens voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 5660000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, want deze patiënt neemt thans een bitherapie bestaande uit

metformine
Dosis: ………………………………………................
⊔ sinds ≥ 3 maanden
geassocieerd aan een hypoglycemiërend sulfamide
Naam: ………………………………………...............
Dosis: ……………………………………….............
⊔ sinds ≥ 3 maanden

Of
metformine
Dosis: ………………………………………................
⊔ sinds ≥ 3 maanden
geassocieerd aan een thiazolidinedione
Naam: ………………………………………...............
Dosis: ……………………………………….............
⊔ sinds ≥ 3 maanden

Het HbA1c gehalte bedraagt: ……….. (moet > 7.5 %)

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt niet behandeld wordt met insuline-preparaten en anderzijds de behandeling met metformine + een hypoglycemiërend sulfamide of metformine + thiazolidinedione zal verderzetten.

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 geneesheer .

⊔ Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van 12 verpakkingen van de specialiteit VICTOZA gedurende een periode van 12 maanden noodzakelijk is. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide of thiazolidinedione + VICTOZA met een dosering van 1,2 mg per dag.

III – Elementen te bevestigen door de arts voor een aanvraag tot vergoeding van 18 verpakkingen (dosering van 1,8 mg per dag):

⊔ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, na een behandeling van minstens 6 maanden met een tritherapie die VICTOZA met een dosering van 1,2 mg per dag bevat, onvoldoende onder controle is.

Het HbA1c gehalte bedraagt: ……….. (moet >7.5 %).

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt niet behandeld wordt met insuline-preparaten en verbind ik me ertoe om de bewijsstukken, waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

⊔ Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van 18 verpakkingen van de specialiteit VICTOZA gedurende een periode van 12 maanden noodzakelijk is. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide of thiazolidinedione + VICTOZA met een dosering van 1,8 mg per dag.

IV – Elementen te bevestigen door de arts voor een aanvraag tot verlenging:

⊔ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt al een terugbetaling heeft gekregen van een behandeling met de specialiteit VICTOZA gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 5660000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, op basis van:
⊔ 12 verpakkingen per 12 maanden of
⊔ 18 verpakkingen per 12 maanden.

Ik bevestig dat de tritherapie metformine + hypoglycemiërend sulfamide of thiazolidindione + VICTOZA werkzaam was. Dit wordt aangetoond door een voldoende glycemiecontrole met een HbA1c-waarde < 7 % of een vermindering van HbA1c van ≥ 1 % in vergelijking met de klinische situatie voor het starten van de VICTOZA behandeling.

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt niet behandeld wordt met insuline-preparaten en verbind ik me ertoe om de bewijsstukken, waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

☐ 12 verpakkingen of

☐ 18 verpakkingen.

Vandaar is het noodzakelijk dat deze patiënt een verlenging van de terugbetaling van VICTOZA krijgt voor een nieuwe periode van 12 maanden.

Hij zal bijgevolg behandeld blijven met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide of thiazolidinedione + VICTOZA.

V - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	(naam)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	(voornaam)
1-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐	(N° RIZIV)
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	(datum)

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