BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit XULTOPHY (§ 9420000 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:

Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 2 en tevens voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 9420000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018, want de glycemische controle is onvoldoende (waarde HbA1c > 7,5 %) na tenminste 3 maanden behandeling met

- hetzij basaal insuline en de patiënt heeft overgewicht gedefinieerd als een BMI ≥ 30 kg/m²
- hetzij een incretinomimeticum
- hetzij een associatie met een incretinomimeticum en basaal insuline

Het HbA_{1c} gehalte bedraagt: ……..…..% (moet >7,5 %). Ik zal XULTOPHY associëren met de inname van metformine.

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt de behandeling met een basaal insuline respectievelijk incretinomimeticum zal stopzetten. Ik zal XULTOPHY niet combineren met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroepen A-92 (incretinomimetica), A-91 (gliptines), A-110 (combinaties van een biguanide en een gliptine), A-113 (remmers van de natriumglucose-co-transporter), A-114 (combinatie van een biguanide en van een remmer van de natriumglucose-co-transporter), A-69 (humaan insuline-analogen met een verlengde werkingsduur) noch met een snelwerkende of ultrasnelwerkende prandiale insuline niet zal combineren.

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 noodzakelijk is van de specialiteit XULTOPHY gedurende een periode van 12 maanden.

III – Het betreft een aanvraag tot verlenging:

Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt al een terugbetaling heeft gekregen van een behandeling met de specialiteit XULTOPHY gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 9420000 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 HbA_{1c} ≥ 1,0 % bedraagt in vergelijking met de startwaarde.

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

Ik zal XULTOPHY associëren met de inname van metformine.

Bovendien attesteer ik dat ik XULTOPHY niet zal associeren met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroepen A-92 (incretinomimetica), A-91 (gliptines), A-110 (combinaties van een biguanide en een gliptine), A-113 (remmers van de natriumglucose-co-transporter), A-114 (combinatie van een biguanide en van een remmer van de natriumglucose-co-transporter), A-69 (humaan insuline-analogen met een verlengde werkingsduur) noch met een snelwerkende of ultrasnelwerkende prandiale insuline.

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

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 hierboven vermeldt in punt II:

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

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

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

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

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