

**BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier**

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit OZEMPIC (§ 9680000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01 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 § 9680000 van hoofdstuk IV van het KB van 01 februari 2018, want deze patiënt is onvoldoende gecontroleerd na tenminste 3 maanden behandeling met één of meer antidiabetica waaronder metformine

En

Het HbA1c gehalte bedraagt: ..... (moet >7,5%)

En

Vertoont een body mass index van minstens 30 kg/m<sup>2</sup>.

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt Ozempic 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 de specialiteit OZEMPIC noodzakelijk is.

**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 OZEMPIC gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 9680000 van hoofdstuk IV van het KB van 01 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 ≥ 1,0% bedraagt in vergelijking van de startwaarde.

(volgende verlengingen) Ik bevestig dat er voldoende glycemiecontrole is.

Vandaar is het noodzakelijk dat deze patiënt een verlenging van de terugbetaling van OZEMPIC krijgt voor een nieuwe periode van 12 maanden. Bovendien bevestig ik dat deze patiënt OZEMPIC 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.

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

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

[1] - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (RIZIV n°)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de arts)