BIJLAGE A :
Aanvraagformulier voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van empagliflozine (§11440000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

I - Identificatie rechthebbende (naam. voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

II – Voorwaarden te attesteren door de arts-specialist ;

 Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding

Ik, ondergetekende arts-specialist in de cardiologie, verklaar hierbij dat bovenvermelde volwassen rechthebbende die lijdt aan symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefractie bij de start van de behandeling met deze specialiteit aan de volgende cumulatieve criteria voldoet:

1) Toestand van de rechthebbende komt overeen met:
 NYHA (New York Heart Association) klasse II
OF
 NYHA klasse III
OF
 NYHA klasse IV

2) Linker ventrikel ejectiefractie (LVEF) < of = 40 % (volgens echocardiografie)

3) Glomerulaire filtratiesnelheid > of = 20ml/min/1,73m²;

4) Voorafgaand behandeld met een optimale dosis van ACE-remmers of sartanen

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken, die aantonen dat deze rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te stellen van de adviserend-arts.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit dient te krijgen, voor een periode van 330 dagen, aan een maximale dosis van 10 mg éénmaal per dag.

 Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding

Ik, ondergetekende arts-specialist:
 in de cardiologie
 in de inwendige geneeskunde
 in de geriatrie

verklaar hierbij dat bovenvermelde volwassen rechthebbende reeds een machtiging van vergoeding voor deze specialiteit heeft ontvangen op basis van de voorwaarden van §11440000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB. 1 februari 2018.

Ik bevestig dat de verlenging van de vergoeding van deze specialiteit voor een nieuwe periode van 400 dagen, aan een maximale dosis van 10 mg éénmaal per dag, medisch verantwoord is voor deze rechthebbende met symptomatisch chronisch hartfalen met verminderde ejectiefractie.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel) (handtekening van de arts)