Aanvraag tot **VERLENGING** : zie verso

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit **LYXUMIA®**

(§ 6750000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

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

(naam)

(voornaam)

(inschrijvingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de arts voor 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 § 6750000 van hoofdstuk IV van het KB 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.

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

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt de behandeling met metformine + een hypoglycemiërend sulfamide, 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 noodzakelijk is van de specialiteit LYXUMIA® gedurende een periode van 12 maanden. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide + LYXUMIA®.

Of

☐ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 2, en tevens voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 6750000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, want deze patiënt neemt thans

een basale insuline, al dan niet geassocieerd aan 1 of meer orale antidiabetica

Dosis: ……..
☐ sinds ≥ 3 maanden.

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

Bovendien bevestig ik dat deze patiënt de behandeling met een basale insuline, al dan niet gecombineerd met 1 of meer orale antidiabetica, 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 noodzakelijk is van de specialiteit LYXUMIA® gedurende een periode van 12 maanden. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een therapie bestaande uit een basale insuline + LYXUMIA® ± orale antidiabetica.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (N° RIZIV)

/ / (datum)

(stempel)

(handtekening van de arts)

EERSTE AANVRAAG tot terugbetaling : zie recto

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit **LYXUMIA®**

(§ 6750000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

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

(naam)

(voornaam)

(inschrijvingsnummer)

III - 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 LYXUMIA® gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 6750000 hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Ik bevestig dat de tritherapie metformine + hypoglycemiërend sulfamide + LYXUMIA® of de therapie met een basale insuline ± orale antidiabetica + LYXUMIA® 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 LYXUMIA® behandeling.

Vandaar is het noodzakelijk dat deze patiënt een verlenging van de terugbetaling van LYXUMIA® krijgt voor een nieuwe periode van 12 maanden. Hij zal bijgevolg behandeld blijven met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide + LYXUMIA® of met een basale insuline ± orale antidiabetica + LYXUMIA®.

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.

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

(naam)

(voornaam)

1 - | | | | | - | | | - | | | (N° RIZIV)

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

(stempel)

(handtekening van de arts)

Sanofi Belgium BL Lix 13 11 07.