BIJLAGE A
Aanvraagformulier voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van een combinatie met empagliflozine en metformine 12,5 mg/850 mg of 12,5 mg/1000 mg (§ 8160200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij 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 van de farmaceutische specialiteit op basis van een combinatie met empagliflozine en metformine 12,5 mg/850 mg of 12,5 mg/1000 mg:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende ten minste 18 jaar oud is en een glomerulaire filtratiesnelheid > of = 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld gedurende tenminste 3 maanden met:

⊔ een specialiteit op basis van empagliflozine 25 mg per dag
Of
⊔ deze specialiteit 5mg/850mg of 5mg/1000 mg tweemaal per dag

Ik bevestig dat een recente waarde van HbA1c …………………………% (moet > of = 7,0 % en < of = 9,0 %) was.

Ik attesteer dat deze rechthebbende deze specialiteit niet zal associëren met een incretinomimeticum noch met een ander gliflozine tijdens de gehele duur van de behandeling. Ik zal geen gliptine toevoegen in de loop van de behandeling met deze specialiteit.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, waaruit blijkt dat deze rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt.

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan de vergoeding van deze specialiteit aan een dosering van 12,5mg/850mg of 12,5mg/1000mg tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 230 dagen, en vraag ik dus de vergoeding aan van:

⊔ 1 verpakking van 60 tabletten en 2 verpakkingen van 200 tabletten van 12,5 mg/850 mg empagliflozine / metformine.
Of
⊔ 1 verpakking van 60 tabletten en 2 verpakkingen van 200 tabletten van 12,5 mg/1000 mg empagliflozine / metformine.

III – Het betreft een aanvraag tot verlenging van de farmaceutische specialiteit op basis van een combinatie met empagliflozine en metformine 12,5mg/850mg of 12,5mg/1000mg:

Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de bovenvermelde rechthebbende een glomerulaire filtratiesnelheid > of = 60ml/min/1,73m² heeft en lijdt aan diabetes type 2 en werd voorbehandeld voor ten minste één periode van 6 maanden met:

⊔ deze specialiteit 12,5 mg/850 mg tweemaal daags.
Of
⊔ deze specialiteit 12,5 mg/1000 mg tweemaal daags.

Ik bevestig dat er voldoende glycemische controle is.

Ik attesteer dat deze rechthebbende deze specialiteit niet zal associëren met een incretinomimeticum noch met een ander gliflozine tijdens de gehele duur van de behandeling. Ik zal geen gliptine toevoegen in de loop van de behandeling met deze specialiteit.

Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend-arts, waaruit blijkt dat deze rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt.

Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een verlenging van de vergoeding van deze specialiteit 12,5 mg/850 mg of 12,5 mg/1000 mg tweemaal daags voor een behandeling als zodanig of in losse associatie gedurende een periode van 400 dagen, en vraag ik dus de vergoeding aan van:

⊔ 4 verpakkingen van 200 tabletten van 12,5 mg/850 mg van empagliflozine/metformine.
Of
⊔ 4 verpakkingen van 200 tabletten van 12,5 mg/1000 mg van empagliflozine /metformine.

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

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

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

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

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

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