BIJLAGE A: Model van formulier voor aanvraag
Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 7430000 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 – Elementen te bevestigen door de behandelende arts

☐ **Het betreft een eerste aanvraag**
Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de voormelde patiënt ten minste 18 jaar oud is, aan diabetes type 2 lijdt en aan de volgende voorwaarde voldoet:

- ⊔ bij de start van de behandeling vertoont de patiënt een gehalte van geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c) ≥ 7,0 % en ≤ 9,0 %.

Of

- ⊔ de patiënt is stabiel (HbA1c ≤ 7,0 %) door een losse associatie met een terugbetaalbaar gliptine volgens de punten 1° tot 4° uit punt a) van § 7420000.

Ik verklaar dat deze patiënt met een geglycosyleerd hemoglobine gehalte van ……% een vergoeding dient te verkrijgen van de specialiteit …… voor een periode van maximaal 12 maanden.
Ik weet dat de maximale terugbetaalbare posologie deze is die in de SPK vermeld wordt en dat voor de gekozen farmaceutische specialiteit de combinatie van de voorgeschreven verpakkingen zo goedkoop mogelijk moet zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van een specialiteit op basis van een gliptine met insulines andere dan de basale insulines, een incretinomimeticum, of een ander gliptine; de toevoeging van een gliptine aan een gliflozine is nooit vergoed.

Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt ter beschikking van de adviserend-arts.

☐ **Het betreft een aanvraag tot verlenging**

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de voormelde patiënt reeds een terugbetaling heeft voor een specialiteit op basis van een gliptine in vaste associatie met metformine overeenkomstig de voorwaarden van de betrokken paragraaf van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018

Ik verklaar dat deze behandeling voldoende doeltreffend is gebleken, aangezien het geglycosyleerd hemoglobinegehalte (HbA1c-waarde) ……. % is (moet ≤ 9,0 % zijn en mag niet hoger zijn dan de waarde bij aanvang van de behandeling).

Omwille van deze doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit …….. voor een maximale periode van 12 maanden.

Ik weet dat de maximale terugbetaalbare posologie deze is die in de SPK vermeld wordt en voor de gekozen farmaceutische specialiteit moet de combinatie van de voorgeschreven verpakkingen zo goedkoop mogelijk zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van een specialiteit op basis van een gliptine met insulines andere dan de basale insulines, een incretinomimeticum, of een ander gliptine; de toevoeging van een gliptine aan een gliflozine is nooit vergoed.

Verantwoordelijke uitgever : NV Novartis Pharma SA - Medialaan 40 - 1800 Vilvoorde
BE1906701266 - 28/06/2019

Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt ter beschikking van de adviserend-arts.

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

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

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

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

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

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

Verantwoordelijke uitgever : NV Novartis Pharma SA - Medialaan 40 - 1800 Vilvoorde
BE1906701266 - 28/06/2019