

BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit BYDUREON (§ 6860000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

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

.....

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 § 6860000 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 van maximum 13 verpakkingen van de specialiteit BYDUREON gedurende een periode van 12 maanden noodzakelijk is. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide + BYDUREON.

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 BYDUREON gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 6860000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Ik bevestig dat de tritherapie metformine + hypoglycemiërend sulfamide + BYDUREON werkzaam was. Dit wordt aangetoond door een voldoende glykemiecontrole met een HbA1c-waarde < 7 % of een vermindering van HbA1c van ≥ 1 % in vergelijking met de klinische situatie voor het starten van de BYDUREON behandeling.

Vandaar is het noodzakelijk dat deze patiënt een verlenging van de terugbetaling van BYDUREON krijgt voor een nieuwe periode van 12 maanden. Hij zal bijgevolg behandeld blijven met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide + BYDUREON.

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)