

BIJLAGE A: Model van formulier voor aanvraag

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit GALVUS (§ 6400000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

XX

II - Eerste aanvraag:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voormelde patiënt ten minste 18 jaar oud is, aan diabetes type 2 lijdt en aan de volgende voorwaarden voldoet:

Patiënt met een matige of ernstige nierinsufficiëntie aangetoond door een meting van de glomerulaire filtratiesnelheid ≤ 50 ml/min/1,73 m² om het even de gebruikte methode voor de schatting of de meting.

Ik bevestig dat de waarde van de glomerulaire filtratiesnelheid van de hierboven vermelde patiënt werd geëvalueerd op (datum) en ml/min/1,73 m² bedraagt. De glomerulaire filtratiesnelheid werd maximaal 3 maanden voor de datum van aanvraag (eerste aanvraag of verlenging) aan adviserend geneesheer bepaald.

Patiënt met matige nierinsufficiëntie onvoldoende gecontroleerd gedurende minstens drie maanden na een voorafgaande behandeling van insuline en metformine, namelijk onvoldoende om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het niveau te brengen zoals aanbevolen in de Belgische richtlijnen (Consensusvergadering, 2003)

Ik verklaar dat die patiënt gedurende een periode van 120 dagen aan een maximale posologie van 50 mg per dag de vergoeding van de specialiteit GALVUS moet krijgen in monotherapie of in tritherapie in associatie met insuline + metformine en vraag bijgevolg de terugbetaling aan van 2 verpakkingen van 60 tabletten aan 50 mg.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit GALVUS met orale antidiabetica behorend tot de vergoedingsgroepen A-12, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91, A-92

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

III – Aanvraag tot verlenging:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voormelde patiënt reeds van een terugbetaling heeft genoten met de specialiteit GALVUS gedurende een periode van 120 dagen op basis van de voorwaarden van § 6400000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

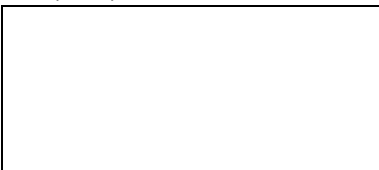
Ik verklaar dat deze behandeling voldoende doeltreffend is gebleken, aangezien het geglycosyleerde hemoglobinegehalte (HbA1c) op huidig ogenblik het niveau dat overeenstemt met 150% van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium niet overschrijdt. Omwille van die doeltreffendheid bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit GALVUS 50 mg éénmaal per dag voor een behandeling in monotherapie in geval van matige of ernstige nierinsufficiëntie of in tritherapie in associatie met insuline + metformine in geval van matige nierinsufficiëntie, gedurende een periode van maximum 360 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van 2 verpakkingen van 180 tabletten van 50 mg

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit GALVUS met orale antidiabetica behorend tot de vergoedingsgroepen A-12, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91, A-92

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

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

XX (naam)
XX (voornaam)
1-XXXXXXXX-XX-XXXX (RIZIV nr)
XX / XX / XXXXX (datum)



(stempel)

(handtekening van de arts)