

BIJLAGE A: Model van formulier voor aanvraag

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit VIPIDIA® (§ 7070000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

.....

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 voorwaarde voldoet:

de patiënt wordt onvoldoende gecontroleerd door een ander oraal hypoglycemiërend geneesmiddel in de maximale gebruikelijke dosering gedurende minstens 3 maanden. Deze behandeling was onvoldoende om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte onder het aanbevolen gehalte volgens de Belgische richtlijnen te brengen (< 53 mmol/mol (of < 7 %) HbA1c, Consensusvergadering, 2003).

Ik verklaar dat die patiënt gedurende een periode van 126 dagen aan een maximale posologie van 25 mg of 50 mg per dag de vergoeding van de specialiteit VIPIDIA moet krijgen en vraag bijgevolg de terugbetaling aan van 1 verpakking van 28 tabletten aan 25 mg, aan 12,5 mg of 6,25 mg en 1 verpakking van 98 tabletten aan 25 mg, aan 12,5 mg of 6,25 mg.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit VIPIDIA met insulines (en analogen), incretinomimetica, repaglinide, anderen gliptines en associatie metformine + hypoglycemiëerde sulfamides.

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 VIPIDIA gedurende een periode van 126 dagen op basis van de voorwaarden van § 7070000 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 VIPIDIA 25 mg, VIPIDIA 12,5 mg of VIPIDIA 6,25 mg per dag voor een hypoglycemiërende behandeling gedurende een periode van maximum 392 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 98 tabletten van 25 mg, van 12,5 mg of van 6,25 mg.

Ik verbind me er eveneens toe rekening te houden met het niet gelijktijdig vergoeden van de specialiteit VIPIDIA met insulines.

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

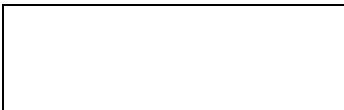
IV – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

..... (naam)

..... (voornaam)

1-..... (N° RIZIV)

.. / .. / (Datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)