**BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier**
Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit TRULICITY (§ 7980000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

**I – <u>Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)</u>**

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

**II – <u>Elementen te bevestigen door de arts voor een eerste aanvraag:</u>**

⊔ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan diabetes type 2, en tevens voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 7980000 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 of aan een thiazolidinedione.
- 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 of een thiazolidinedione, 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 TRULICITY noodzakelijk is gedurende een periode van 12 maanden. Hij zal bijgevolg behandeld worden met een tritherapie bestaande uit metformine + een hypoglycemiërend sulfamide of een thiazolidinedione + TRULICITY.

Ik bevestig te weten dat het gelijktijdige gebruik van TRULICITY met insuline-preparaten niet toegestaan is.

**III – <u>Elementen te bevestigen door de arts voor een aanvraag tot verlenging:</u>**

⊔ Ik ondergetekende arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt al een terugbetaling heeft gekregen van een behandeling met de specialiteit TRULICITY gedurende minstens 12 maanden volgens de voorwaarden van § 7980000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.
Ik bevestig dat de tritherapie metformine + hypoglycemiërend sulfamide of thiazolidinedione + TRULICITY werkzaam was. Dit wordt aangetoond door een voldoende glycemiecontrole met een HbA1c-waarde < 7 % of een vermindering van HbA1c van ≥ 1 % in vergelijking met de klinische situatie voor het starten van de TRULICITY behandeling.

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

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.

**<u>IV - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nr):</u>**

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

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

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