

**BIJLAGE A : Model van formulier voor aanvraag.**

Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 7430000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij 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 rechthebbende ten minste 18 jaar oud is, aan diabetes type 2 lijdt :

- Als zodanig, zonder ander antidiabeticum.
- In associatie met metformine.
- In associatie met een hypoglykemiërend sulfamide of met repaglinide of glitazone.
- In associatie met metformine en een hypoglykemiërend sulfamide of repaglinide.
- In associatie met een basaal insuline.

Bij de start van de behandeling vertoont de rechthebbende :

- Een gehalte van geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c) > ou = 7,0 % en < ou = 9,0 %.

**OF**

- Een gehalte van geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c) < of = 7,0 %.  
De rechthebbende is stabiel door een losse associatie met een vergoedbaar gliptine volgens de punten 1° tot 4° uit punt a) van § 7420000.

Ik verklaar dat deze rechthebbende met een geglycosyleerd hemoglobinegehalte van .....% een vergoeding dient te verkrijgen van de specialiteit ..... voor een periode van maximaal 12 maanden.

Ik weet dat de maximale vergoedbare 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 de rechthebbende 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 rechthebbende reeds een vergoeding heeft voor een specialiteit op basis van een gliptine in vaste associatie met metformine overeenkomstig de voorwaarden vermeld in de punten a) en b) van de betrokken paragraaf van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

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

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

Ik weet dat de maximale vergoedbare 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.

Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat de rechthebbende 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)

Versie geldig vanaf 01.03.2026