

ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 7430000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

||||| ||||| |||||

II - Éléments à attester par le médecin traitant

Il s'agit d'une première demande:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et est atteint d'un diabète de type 2 et remplit la condition suivante:

au moment de l'initiation du traitement le patient présente un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) $\geq 7,0\%$ et $\leq 9,0\%$.

Ou

le patient est équilibré (HbA1c $\leq 7,0\%$) par une association libre de gliptine remboursable selon les points 1° à 4° du point a) du § 7420000.

J'atteste que ce patient avec un taux d'hémoglobine glyquée de % nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pour une période maximale de 12 mois.

Je sais que la posologie maximale remboursable est celle qui est reprise dans le RCP et que pour la spécialité pharmaceutique choisie, la combinaison de conditionnements prescrite doit être la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec une glitazone, des insulines autres que basales (NPH ou glargine), un incrétinomimétique, une autre gliptine, une gliflozine.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Il s'agit d'une demande de prolongation:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'une gliptine en association fixe avec de la metformine conformément aux conditions du paragraphe concerné du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) est de % (doit être $\leq 9,0\%$ et ne doit pas dépasser la valeur à laquelle le traitement a été initié).

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pour une période maximale de 12 mois.

Je sais que la posologie maximale remboursable est celle qui est reprise dans le RCP et que pour la spécialité pharmaceutique choisie, la combinaison de conditionnements prescrite doit être la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec une glitazone, des insulines autres que basales (NPH ou glargine), un incrétinomimétique, une autre gliptine, une gliflozine.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

||||| (nom)

||||| (prénom)

||-||-||-|| (n° INAMI)

||/||/|| (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)