ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 7420000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

I - <u>Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):</u>

└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

II - <u>Eléments à attester par le médecin traitant</u>

◯ 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 les conditions suivantes:

☐ Le patient est insuffisamment contrôlé par un autre hypoglycémiant oral à la posologie maximale usuelle ou une insuline basale (NPH ou glargine) en association ou pas avec un hypoglycémiant oral à la posologie maximale usuelle.

Et

☐ Ce traitement n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (<53mmol/mol (ou < 7,0%) HbA1c, Réunion de Consensus, 2012) et le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) du patient est ≤9,0%.

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.

<u>Je m'engage également à tenir compte :</u>

1. 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.
2. d'un remboursement éventuel en monothérapie uniquement pour des patients avec une insuffisance rénale de stade 3, 4 ou 5 selon la classification KDOQI démontrée par un débit de filtration glomérulaire <50/ml/min/1.73m².

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 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 ≤ 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.

<u>Je m'engage également à tenir compte :</u>

1. 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 glifozine.
2. d'un remboursement éventuel en monothérapie uniquement pour des patients avec une insuffisance rénale de stade 3 ou 4 ou 5 selon la classification KDOQI démontrée par un débit de filtration glomérulaire <50ml/min/1.73m².

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

III - <u>Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):</u>

└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ (nom)

└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ (prénom)

└┴┘–└┴┴┴┴┘–└┴┘–└┴┴┘(n° INAMI)

└┴┘/└┴┘/└┴┴┴┘ (date)

(cachet) …….. (signature du médecin)

Editeur responsable : NV Novartis Pharma SA - Medialaan 40 - 1800 Vilvoorde
BE1503306234 - 12/03/2015