

**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 1<sup>er</sup> février 2018.

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**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 les conditions suivantes :

□ Le patient est insuffisamment contrôlé par au moins un autre agent antidiabétique dont la metformine sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine. En cas d'insuffisance rénale, de stade 3 ou 4 ou 5 selon la classification KDOQI, démontrée par un débit de filtration glomérulaire  $< 50$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> , un traitement préalable par la metformine n'est pas requis.

Et

□ Ce traitement n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé (< 7,0 %) HbA1c, et le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) du patient est  $\leq 9,0$  % .

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.

**Je m'engage également à tenir compte :**

1. du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec des insulines autres que insulines basales, un incrétinomimétique ou une autre gliptine,
2. que l'ajout d'une gliptine au traitement à base d'une gliflozine n'est pas remboursé.
3. d'un remboursement 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/1,73 m<sup>2</sup>.

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 1<sup>er</sup> février 2018 .

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 :

1. du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec des insulines autres que insulines basales, un incrétinomimétique, ou une autre gliptine,.
2. que l'ajout d'une gliptine au traitement à base d'une gliflozine n'est pas remboursé.
3. d'un remboursement 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/1,73 m<sup>2</sup>.

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 mentionné ci-dessus au point II :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)