ANNEXE A :

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'empagliflozine (§13020000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le prescripteur :

□ **Il s'agit d'une première demande de remboursement.**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus est atteint d'une insuffisance rénale chronique et répond aux conditions cumulatives suivantes en début de traitement par cette spécialité, en complément d'un traitement standard :

1) Le bénéficiaire présente un taux de filtration glomérulaire < 60 mL/min/1.73 m².
2) ET une albuminurie: uACR > ou = 200 mg/g.
3) ET le bénéficiaire ne souffre pas de diabète de type 1.

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

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir, pendant une période de 330 jours, le remboursement de cette spécialité à une dose maximale de 10 mg une fois par jour.

□ **Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement.**

Je soussigné, docteur en médecine, atteste que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base du §13020000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité pour une nouvelle période de 400 jours, à une dose maximale de 10 mg une fois par jour, est médicalement justifiée pour ce bénéficiaire atteint d'insuffisance rénale chronique.

III - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)