<u>ANNEXE A :</u> Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de tirzépatide sous-cutanée (§ 13360000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

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

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

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

<u>II – Il s'agit d'une première demande :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2, et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou a') du § 13360000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

□ Le bénéficiaire n'a jamais reçu de traitement par une spéciailité à base de tirzépatide sous-cutanée et répond aux critères suivantes :

- Est actuellement insuffisamment contrôlé après un traitement au moyen d'au moins un antidiabétique dont la metformine pendant au moins 3 mois.

ET

- Son taux d'HbA1c est actuellement de ……….. (doit être >7,5 %)

ET

- Présente un index de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m^2.

ET

- Le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

  □ Metformine.
  □ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant.
  □ Metformine et glinide.
  □ Metformine et glitazone.
  □ Metformine et insuline basale.

□ Le bénéficiaire a déjà été traité par une spécialité non-remboursable à base de tirzépatide sous-cutanée et remplissait toutes les critères du point a) du § 13360000 avant le début du traitement.

En outre, j'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialité à base de tirzepatide sous-cutanée avec une gliptine, une gliflozine ou un autre incrétinomimétique.

Je m'engage à tenir 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 le remboursement d'un nombre maximal de conditionnements en tenant compte d'une posologie maximale de 10 mg par semaine de cette spécialité pendant une période de 12 mois.

<u>III – Il s'agit d'une demande de prolongation :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de tirzepatide sous-cutanée pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 13360000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

□ (Uniquement pour la première prolongation de traitement) Je confirme qu'une valeur d'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c ≥ 1,0 % par rapport à la valeur initiale a été obtenue.
□ (Pour les prolongations suivantes) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité pendant une nouvelle période de 12 mois pour un nombre maximal de conditionnements, en tenant compte d'une posologie maximale de 10 mg par semaine.

En outre, le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

□ Metformine.
□ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant.
□ Metformine et glinide.
□ Metformine et glitazone.
□ Metformine et insuline basale.

J'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialité à base de tirzepatide sous-cutanée avec une gliptine, une gliflozine ou un autre incrétinomimétique.

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

<u>IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

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

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

(cachet) .... (signature du médecin)