

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de canagliflozine (§ 7310000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Il s'agit d'une première demande à la posologie de 100 mg/jour :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et que son débit de filtration glomérulaire ≥ 60 ml/min/1,73m², est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un traitement préalable d'au moins trois mois au moyen d'au moins un antidiabétique dont la metformine, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé de $< 7,0$ %.

Le taux d'HbA1c à l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine s'élève à : (doit être compris entre 7,0 % et 9,0 %).

J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine à un incrétinomimétique (GLP-1-analogue) ni à une autre gliflozine (inhibiteur SGLT2) tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine (inhibiteur DPP-4) au cours du traitement par la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine.

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

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine au dosage de 100 mg par jour pour un traitement en association pendant une période de 300 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

☐ 1 conditionnement de 30 comprimés à 100 mg et 3 conditionnements de 90 comprimés à 100 mg.

III - Il s'agit d'une première demande à la posologie de 300 mg/jour (augmentation de la dose de 100 mg/jour à 300 mg/jour) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'un diabète de type 2 et que son débit de filtration glomérulaire est ≥ 60 ml/min/1,73m². Ce bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine à 100 mg par jour en association avec au moins un autre agent hypoglycémiant.

Je confirme que le contrôle glycémique est insuffisant.

J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine à un incrétinomimétique (GLP-1-analogue) ni à une autre gliflozine (inhibiteur SGLT2) tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine (inhibiteur DPP-4) au cours du traitement par la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine.

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

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine au dosage de 300 mg par jour pendant une période de 300 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

☐ 1 conditionnement de 30 comprimés à 300 mg et 3 conditionnements de 90 comprimés à 300 mg (augmentation de 100 mg à 300 mg par jour).

IV - Il s'agit d'une demande de prolongation à la posologie de 100 ou 300 mg/jour :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2 et que son débit de filtration glomérulaire est ≥ 60 ml/min/1,73m².

Ce bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine à 100 mg ou à 300 mg par jour avec au moins un autre agent hypoglycémiant. Je garde la même dose de la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine.

- ☐ (uniquement pour la première prolongation). J'atteste que la valeur de l'HbA1c est $\leq 7,5\%$ ou qu'une diminution de l'HbA1c $\geq 0,5\%$ à partir de la valeur initiale avant initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine a été obtenue.
- ☐ (pour les prolongations suivantes). J'atteste que le contrôle glycémique est suffisant.

J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine à un incrétinomimétique (GLP-1-analogue) ni à une autre gliflozine (inhibiteur SGLT2) tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine (inhibiteur DPP-4) au cours du traitement par la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine.

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base canagliflozine 100 mg ou 300 mg par jour pour un traitement en association pendant une période de 360 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

- ☐ 4 conditionnements de 90 comprimés à 100 mg (je continue 100 mg par jour).
- ou
- ☐ 4 conditionnements de 90 comprimés à 300 mg (je continue 300 mg par jour).

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

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

(signature du médecin)