

**ANNEXE A**

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de canagliflozine (§ 7310100 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, est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un traitement préalable d'au moins trois mois par 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 %.

En outre, je confirme que le bénéficiaire se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

Le bénéficiaire souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade 3a selon la classification KDIGO, démontrée par un taux de filtration glomérulaire de 45-59 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

Le bénéficiaire souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade 3b selon la classification KDIGO, démontrée par un taux de filtration glomérulaire de 30-44 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, et de macro-albuminurie, démontrée par une UACR > 300mg/g.

Le taux d'HbA1c à l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de 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 de canagliflozine à un incrétinomimétique (analogue GLP-1) 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 de 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 de 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 demande de prolongation à la posologie de 100 mg/jour :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2.

En outre, je confirme que le bénéficiaire se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

Le bénéficiaire souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade 3a selon la classification KDIGO, démontrée par un taux de filtration glomérulaire de 45-59 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

Le bénéficiaire souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade 3b selon la classification KDIGO, démontrée par un taux de filtration glomérulaire de 30-44 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, et de macro-albuminurie, démontrée par une UACR > 300mg/g.

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

J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base de canagliflozine à un incrétinomimétique (analogue GLP-1) 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 de canagliflozine.

