

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine inscrite au § 7420000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} 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 bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et est atteint d'un diabète de type 2 et nécessite un traitement par une gliptine inscrite dans le paragraphe précité :

- En association avec la metformine.
- En association avec un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide ou glitazone, en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine.
- En association (trithérapie) avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide ou glitazone.
- En association avec une insuline basale.
- En monothérapie uniquement pour des bénéficiaires avec une 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 m². Un traitement préalable par metformine n'est pas requis pour le remboursement.

J'atteste que ce bénéficiaire avec un taux d'hémoglobine glyquée de% (doit être comprise entre 7,0 % et 9,0 %) 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 incrétrinomimétique 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 bénéficiaires 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 m².

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

Il s'agit d'une demande de prolongation :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'une gliptine conformément aux conditions du paragraphe précité concerné du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018.

J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) est de% (doit être < ou = 9,0 % et ne doit pas dépasser la valeur à laquelle le traitement a été initié).

Du fait de cette efficacité, j'atteste que le bénéficiaire 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 incrétrinomimétique, 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 bénéficiaires 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 m².

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

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

_____ (cachet)

.....

(signature du médecin)