

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 7430000 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 :

II 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 :

- Sans autre antidiabétique.
- En association avec la metformine.
- En association avec un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide ou une glitazone.
- En association avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide.
- En association avec une insuline basale.

Au moment de l'initiation du traitement le bénéficiaire présente :

- Un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) > ou = 7,0 % et < ou = 9,0 %.

OU

- Un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) < ou = 7,0 %.
Le bénéficiaire est équilibré par une association libre de gliptine remboursable selon les points 1° à 4° du point a) du § 7420000.

J'atteste que ce bénéficiaire avec un taux d'hémoglobine glyquée de% 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 du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec des insulines autres que insulines basales, un incrétinomimétique ou une autre gliptine ; l'ajout d'une gliptine à une gliflozine n'est jamais remboursé.

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

II 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 spécialité à base d'une gliptine en association fixe avec de la metformine conformément aux conditions prévues aux points a) et b) du paragraphe 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 ce 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 du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec des insulines autres que basales, un incrétinomimétique ou une autre gliptine ; l'ajout d'une gliptine à une gliflozine n'est jamais remboursé.

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)