ANNEXE A
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'une combinaison d'empagliflozine et de metformine 5 mg/850 mg ou 5 mg/1000 mg (§ 8160100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

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

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

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

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

II - Il s'agit d'une première demande de cette spécialité pharmaceutique à base d'une combinaison d'empagliflozine et de metformine 5 mg/850 mg ou 5 mg/1000 mg:

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 est > ou = 60 ml/min/1,73m², et qu'il est atteint d'un diabète de type 2 et a été prétraité par de la metformine et un autre antidiabétique pendant au moins 3 mois.

J'atteste qu'une valeur récente HbA1c est de ……% (doit être compris entre 7,0 % et 9,0 %) .

J'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas cette spécialité à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par cette spécialité.

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité 5 mg/850 mg ou 5 mg/1000 mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 230 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

⊔ 1 conditionnement de 60 comprimés et 2 conditionnements de 200 comprimés à 5 mg/850 mg d'empagliflozine /metformine.
Ou
⊔ 1 conditionnement de 60 comprimés et 2 conditionnements de 200 comprimés à 5 mg/1000 mg d'empagliflozine /metformine.

III - Il s'agit d'une demande de prolongation de cette spécialité pharmaceutique à base d'une combinaison d'empagliflozine et de metformine 5 mg/850 mg ou 5 mg/1000 mg:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus ayant un débit de filtration glomérulaire > ou = 60 ml/min/1,73m², est atteint d'un diabète de type 2 et a été prétraité pendant une période remboursable avec :

⊔ cette spécialité 5 mg/850 mg deux fois par jour.
Ou
⊔ cette spécialité 5 mg/1000 mg deux fois par jour.

Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

J'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas cette spécialité à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par cette spécialité.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce 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 cette spécialité 5 mg/850 mg ou 5 mg/1000 mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 400 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

⊔ 4 conditionnements de 200 comprimés à 5 mg/850 mg d'empagliflozine/metformine.
Ou
⊔ 4 conditionnements de 200 comprimés à 5 mg/1000 mg d'empagliflozine/metformine.

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

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)