

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine (§ 8470000 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 – Il s'agit d'une première demande de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine 5mg/850mg ou 5mg/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 ≥ 60 ml/min/1,73m², 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 le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine.

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine au dosage de 5mg/850mg ou 5mg/1000 mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 224 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

1 conditionnement de 56 comprimés et 2 conditionnements de 196 comprimés à 5 mg/850 mg de dapagliflozine/metformine.

Ou

1 conditionnement de 56 comprimés et 2 conditionnements de 196 comprimés à 5 mg/1000 mg de dapagliflozine/metformine.

III – Il s'agit d'une demande de prolongation de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine 5mg/850mg ou 5mg/1000mg:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus ayant un débit de filtration glomérulaire ≥ 45 ml/min/1,73m², est atteint d'un diabète de type 2 et a été prétraité par au moins une période remboursable de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine :

La spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine 5 mg/850 deux fois par jour.

Ou

La spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine 5 mg/1000 mg deux fois par jour.

Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine et metformine.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon 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 de dapagliflozine et metformine 5mg/850mg ou 5mg/1000 mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 392 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

4 conditionnements de 196 comprimés à 5 mg/850 mg de dapagliflozine/metformine.

Ou

4 conditionnements de 196 comprimés à 5 mg/1000 mg de dapagliflozine/metformine.

