ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité XULTOPHY (§ 9420000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

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

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

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

II – Il s'agit d'une première demande:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2 et remplit simultanément toutes les conditions du § 9420000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018, car le contrôle glycémique est insuffisant (taux d'HbA1c > 7,5 %) pendant au moins 3 mois de traitement

- soit par une insuline basale et le patient présente une surcharge pondérale définie comme ayant un IMC ≥ 30 kg/m²
- soit par un incrétinomimétique
- soit par une association d'un incrétinomimétique et une insuline basale.

Son taux d'HbA_{1c} est actuellement de …… %.. (doit être >7,5 %). J'associe XULTOPHY à la prise de metformine.

En outre, j'atteste que ce patient arrêtera le traitement par insuline basale respectivement incrétinomimetique. Je n'associerai pas XULTOPHY avec une ou plusieurs spécialités appartenant aux groupes de remboursement A-92 (incrétinomimétiques), A-91 (gliptines), A-110 (associations d'un biguanide et d'une gliptine), A-113 (inhibiteur du co-transporteur glucose-sodium), A-114 (associations d'un biguanide et d'un inhibiteur du co-transporteur glucose-sodium), A-69 (analogues de l'insuline humaine à durée d'action prolongée) ni avec une insuline prandiale à action rapide ou ultrarapide.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité XULTOPHY pendant une période de 12 mois.

III – Il s'agit d'une demande de prolongation:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité XULTOPHY pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 9420000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

□ (uniquement pour la première prolongation) Je confirme que la valeur de l'HbA1c < 7,0% ou qu'une diminution de l'HbA_{1c} ≥1,0 % à partir de la valeur initiale a été obtenue.

□ (pour les prolongations suivantes) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

J'associe XULTOPHY à la prise de metformine.

En outre, je confirme que je n'associerai pas XULTOPHY avec un incrétinomimétique, une gliptine, un inhibiteur du co-transporteur glucose-sodium ou une association d'un biguanide et d'une gliptine, une association d'un biguanide et d'un inhibiteur du co-transporteur glucose-sodium, un analogue de l'insuline humaine à durée d'action prolongée ni une insuline prandiale à action rapide ou ultrarapide.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité XULTOPHY pendant une nouvelle période de 12 mois.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

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

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

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

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

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

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