

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité JANUVIA (§ 4510000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'inscription)

II - Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par

☐ un traitement préalable par la metformine à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 %, Réunion de Consensus, 2003)

ou

☐ un traitement préalable d'au moins trois mois par un sulfamidé hypoglycémiant à la posologie maximale usuelle, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 %, Réunion de Consensus) et que ce patient présente une contre-indication ou une intolérance à la metformine

ou

☐ un traitement préalable d'au moins trois mois par une association de metformine et d'un sulfamidé hypoglycémiant à la posologie maximale usuelle, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 %, Réunion de Consensus).

☐ Il s'agit d'une première demande :

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

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité JANUVIA 100 mg par jour pour un traitement en association (avec la metformine, avec un sulfamide hypoglycémiant ou avec une association de metformine avec un sulfamide hypoglycémiant) pendant une période de 126 jours, et je sollicite donc le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés à 100 mg et 1 conditionnement de 98 comprimés à 100 mg.

☐ Il s'agit d'une demande de prolongation :

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par JANUVIA à 100 mg par jour en association (avec la metformine, avec un sulfamide hypoglycémiant ou avec une association de metformine avec un sulfamide hypoglycémiant).

J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) ne dépasse pas actuellement le niveau correspondant à 150 % de la valeur normale supérieure du laboratoire. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité JANUVIA 100 mg par jour pour un traitement en association (avec la metformine, avec un sulfamide hypoglycémiant ou avec une association de metformine avec un sulfamide hypoglycémiant) pendant une période de 392 jours, et je sollicite donc le remboursement de 4 conditionnements de 98 comprimés à 100 mg.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

(signature du médecin)