

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité LYXUMIA (§ 6750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

U 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 § 6750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, car ce patient est actuellement sous une bithérapie constituée de :

Dose:

□ depuis ≥ 3 mois

associée à un sulfamide hypoglycémiant :

- Nom:

- Dose:

- depuis ≥ 3 mois

Son taux d'HbA1c est actuellement de (doit être >7.5 %)

J'atteste, en outre, que ce patient continuera le traitement metformine + sulfamide hypoglycémiant.

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 LYXUMIA pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + LYXUMIA.

Ou

U 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 § 6750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, car ce patient est actuellement sous une thérapie constituée de :

une insuline basale, associée ou non à des antidiabétiques oraux:

Dose:

☐ depuis ≥ 3 mois

Son taux d'HbA1c est actuellement de (doit être >7.5 %)

En outre, j'atteste que ce patient continuera le traitement par insuline basale, associée ou non à des antidiabétiques oraux.

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 LYXUMIA pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une thérapie insuline basale + LYXUMIA ± antidiabétiques oraux.

U Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité LYXUMIA pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 6750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que la trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + LYXUMIA ou la thérapie insuline basale + LYXUMIA ± antidiabétiques oraux s'est montrée efficace. Ceci est démontré par un contrôle glycémique suffisant attesté par une HbA1c < 7% ou par une diminution de l'HbA1c $\geq 1\%$ par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par LYXUMIA.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité LYXUMIA pendant une nouvelle période de 12 mois. Il continuera donc à recevoir une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant. + LYXUMIA ou une thérapie insuline basale + LYXUMIA ± antidiabétiques oraux.

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 (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

UU

(nom)

UU

(prénom)

1-000000-00-0000

(N° INAMI)

mm / mm / mmmm

(DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)