ANNEXE A Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité VIPDOMET (§ 7060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I – Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
II – □ Première demande:
Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus est un patient atteint d'un diabète de type 2, âgé d'au moins 18 ans, q répond aux conditions suivantes: □ le médecin conseil a auparavant accordé une autorisation pour le remboursement d'une spécialité à base de gliptine ET □ le patient reçoit en même temps de la metformine et une gliptine depuis au moins 4 mois.
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Je sais que le remboursement simultané de VIPDOMET avec des insulines (et analogues), des incrétinomimétiques, du répaglinide d'autres gliptines et une association metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidine + metformine n'est jamais autorisé. Le remboursement simultané de metformine supplémentaire (si nécessaire) est autorisé.
C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VIPDOMET pendant une période de 1 mois à raison de 2 x 1 comprimé par jour, en remplacement de la prise séparée de gliptine et metformine. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement soi mentionnés ci-dessous :
 Remboursement de 1 conditionnement de VIPDOMET 12,5mg/850 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements of VIPDOMET 12,5mg/1000 mg x 196 comprimés Remboursement de 1 conditionnement de VIPDOMET 12,5mg/1000 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements of VIPDOMET 12,5mg/1000 mg x 196 comprimés.
III - □ Demande de prolongation:
Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir une prolongation du remboursement de spécialité VIPDOMET. Un taux récent d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas le niveau correspondant à 150 % de la valer 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.
Je sais que le remboursement simultané de VIPDOMET avec des insulines (et analogues), des incrétinomimétiques, du répaglinide d'autres gliptines et une association metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidine + metformine n'est jamais autorisé. Le remboursement simultané de metformine supplémentaire (si nécessaire) est autorisé.
C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VIPDOMET pendant une période c 392 jours à raison de 2 x 1 comprimé VIPDOMET par jour. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :
□ Remboursement de 4 conditionnements de VIPDOMET 12,5mg/850 mg x 196 comprimés OU
□ Remboursement de 4 conditionnements de VIPDOMET 12,5mg/1000 mg x 196 comprimés.
IV – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
(nom)

_____/ _____/ ______(date)

(cachet)

(signature du médecin)