ANNEXE A Formulaire de demande de remboursement de la spécialité GALVUS (§ 4970000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)			
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation)			
(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 insuffisammer 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 tau d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003) ou par, en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine, un traitement préalable avec un sulfamide hypoglycémiant 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 guideline belges (< 7 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003) ou par un traitement préalable associant la metformine avec un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide à la posologie maximale usuelle pendar 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 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003) 			
⊔ <u>Il s'agit d'une première demande:</u>			
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Le ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité GALVUS à 50 mg 2 fois par jour pour un traitement en bithérapie avec la metformine ou en trithérapie associant de la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide pendant une période de 12 jours, et je sollicite donc le remboursement de 1 conditionnement de 60 comprimés à 50 mg et de 1 conditionnement de 180 comprimés à 50 mg.			
□ De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité GALVUS à 50 mg 1 fois par jour pour un traitement en bithérapie avec un sulfamide hypoglycémiant pendant une période de 120 jours, et je sollicite donc le remboursement de 2 conditionnements de 60 comprimés à 5 mg.			
⊔ <u>Il s'agit d'une demande de prolongation</u> :			
□ Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par GALVUS à 50 mg 2 fois par jour pour un traitement en bithérapie avec le metformine ou en trithérapie associant de la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide. J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) ne dépasse pas actuellement le nivear 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 GALVUS à 50 mg 2 fois par jou pour un traitement en bithérapie avec la metformine ou en trithérapie associant de la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide pendant une période de 360 jours, et je sollicite donc le remboursement de 4 conditionnements de 180 comprimés à 50 mg.			
□ Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par GALVUS à 50 mg 1 fois par jour en bithérapie avec un sulfamid			
hypoglycémiant. J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) ne dépasse pas actuellement le nivear 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 GALVUS à 50 mg 1 fois par jou pour un traitement en bithérapie avec un sulfamide hypoglycémiant pendant une période de 360 jours, et je sollicite donc le remboursement de conditionnements de 180 comprimés à 50 mg.			
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):			

1 - (n° INAMI)

/ / (date)		
	(signature)	(signature du médecin)