Formulaire de demande:

Demande de remboursement de la spécialité ACTOS

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

II – Première demande :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'ACTOS (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline ou avec la spécialité AVANDIA ou avec une bi-thérapie associant la metformine à un sulfamidé hypoglycémiant, antécédents d'insuffisance cardiaque, taux sérique d'ALAT supérieur à 2,5 fois la valeur maximum), est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un traitement préalable d'au moins trois mois en monothérapie par :

1.

I la metformine à la posologie maximale usuelle, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous un niveau correspondant à 125 % de la valeur normale supérieure du laboratoire concerné, et que ce patient présente une obésité avec un indice de masse corporelle (BMI), exprimé par le poids en kg divisé par la taille en mètres au carré, supérieur à 27. De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir pendant une période de 112 jours le remboursement de la spécialité ACTOS pour un traitement en association avec la metformine. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :

Traitement à 15 mg par jour pendant 112 jours:

Remboursement de 4 conditionnements de 28 x 15 mg;

Si nécessaire, le traitement sera porté à 30 mg par jour après 8 semaines, les 4 conditionnements étant dans ce cas utilisés sur un total de 84 jours

2. un sulfamidé hypoglycémiant à la posologie maximale usuelle, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous un niveau correspondant à 125 % de la valeur normale supérieure du laboratoire concerné, et que ce patient présente une contre-indication ou une intolérance à la metformine. De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir pendant une période de 112 jours le remboursement d'un traitement avec la spécialité ACTOS en association avec un sulfamidé hypoglycémiant. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :

Traitement à 15 mg par jour pendant 112 jours:

Remboursement de 4 conditionnements de 28 x 15 mg;

Si nécessaire, le traitement sera porté à 30 mg par jour après 8 semaines, les 4 conditionnements étant dans ce cas utilisés sur un total de 84 jours

J'atteste avoir évalué l'intérêt et la sécurité cardiovasculaire de ce médicament dans le cadre du traitement global de ce patient.

III - Demande de prolongation:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir pendant une période de 392 jours la prolongation du remboursement précédemment accordé pour la spécialité ACTOS. En effet, ce patient n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'ACTOS (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline ou avec la spécialité AVANDIA ou avec une bi-thérapie associant la metformine à un sulfamidé hypoglycémiant, antécédents d'insuffisance cardiaque, taux sérique d'ALAT supérieur à 2,5 fois la valeur maximum) et son taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) n'atteint pas un niveau correspondant à 150 % de la valeur normale supérieure du laboratoire concerné. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :

Prolongation d'un traitement en association
\sqcup avec la metformine :
□ avec un sulfamidé hypoglycémiant

1. Traitement à 15 mg par jour pendant 392 jours:
□ Remboursement de 4 conditionnements de 98 x 15 mg ;
 Traitement à 30 mg par jour pendant 392 jours, en cas de réponse insuffisante à un traitement avec 15 mg par jour pendant au moins 8 semaines :
□ Remboursement de 4 conditionnements de 98 x 30 mg ;
J'atteste avoir évalué l'intérêt et la sécurité cardiovasculaire de ce médicament dans le cadre du traitement global de ce patient.
IV- Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
(signature du (cachet) médecin)