

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité GALVUS (§ 6400000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

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 et remplit les conditions suivantes:

□ Patient avec une insuffisance rénale modérée ou sévère documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≤ 50 ml/min/1,73 m² quelque soit la méthode utilisée pour l'estimer ou le mesurer.

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le / / (date) et est de ml/min/1,73 m² . Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande (première demande ou prolongation) au médecin conseil.

U Patient avec une insuffisance rénale modérée insuffisamment contrôlé pendant au moins trois mois par un traitement préalable d'insuline et de metformine, à savoir qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (Réunion de Consensus, 2003).

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité GALVUS pendant une période de 120 jours à une posologie maximale de 50 mg par jour en monothérapie ou en trithérapie en association avec insuline + metformine et je sollicite le remboursement de 2 conditionnements de 60 comprimés à 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité GALVUS simultanément avec d'autres antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91, A-92.

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

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité GALVUS pendant une période de 120 jours sur base des conditions du § 6400000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

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.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité GALVUS 50mg une fois par jour pour un traitement en monothérapie en cas d'insuffisance rénale modérée ou sévère, ou en trithérapie en association avec l'insuline et de la metformine en cas d'insuffisance rénale modérée pendant une période de 360 jours maximum, et je sollicite le remboursement de 2 conditionnements de 180 comprimés à 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité GALVUS simultanément avec d'autres antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91, A-92.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)
 UU / UU / UUUUU (DATE)

--

(CACHET)

• • • • •

(SIGNATURE DU MEDECIN)