

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VIPIDIA (§ 7070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

le patient est insuffisamment contrôlé par un autre hypoglycémiant oral à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois. Ce traitement n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 53 mmol/mol (ou < 7 %) HbA1c, Réunion de Consensus, 2003).

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VIPIDIA pendant une période de 126 jours à une posologie maximale de 25mg par jour et je sollicite le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés à 25 mg, à 12,5mg ou à 6,25mg et 1 conditionnement de 98 comprimés à 25 mg, à 12,5mg ou à 6.25mg.

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

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 VIPIDIA 25 mg, VIPIDIA 12,5mg ou VIPIDIA 6,25mg par jour pour un traitement hypoglycémiant pendant une période de 392 jours maximum, et je sollicite le remboursement de 4 conditionnements de 98 comprimés à 25 mg, à 12,5mg ou à 6,25mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité VIPIDIA simultanément avec des insulines.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)