ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VIPIDIA (§ 7070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):
II - Première demande:
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 la condition suivante : 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 m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité VIPIDIA simultanément avec des insulines (et analogues), des incrétinomimétiques, du répaglinide, d'autres gliptines et une association metformine + sulfamide hypoglycémiant .
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
III - Demande de prolongation:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité VIPIDIA pendant une période de 126 jours sur base des conditions du § 7070000 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 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 le situation attestée.
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
(nom)
1 - [         - [         (n° INAMI)
//(date)

(cachet)

(signature du médecin)