

Demande de remboursement de la spécialité AVANDIA

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'AVANDIA (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline ou avec la spécialité ACTOS 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. ☐ 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 AVANDIA 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 :

- Remboursement de 4 conditionnements de 28 x 4 mg

Si nécessaire, le traitement sera porté à 8 mg par jour après 8 semaines, les 4 conditionnements/le conditionnement étant dans ce cas utilisé(s) 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 AVANDIA 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 :

☐ Remboursement de 4 conditionnements de 28 x 4 mg :

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

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir pendant une période de 336 jours la prolongation du remboursement précédemment accordé pour la spécialité AVANDIA. En effet, ce patient n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'AVANDIA (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline ou avec la spécialité ACTOS 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 :

- 1.1. Traitement à 4 mg par jour pendant 336 jours:

☐ Remboursement de 3 conditionnements de 112 x 4 ma

- 1.2. Traitement à 8 mg par jour pendant 336 jours, en cas de réponse insuffisante à un traitement avec 4 mg par jour pendant au moins 8 semaines :

☐ Remboursement de 3 conditionnements de 112 x 8 mg :

1.3 Traitement à 8 mg par jour pendant 336 jours, en cas de prolongation d'un traitement à 8 mg par jour, initié à la suite de la condition énumérée sous 1.2

☐ Remboursement de 3 conditionnements de 112 x 8 mg ;

2. Prolongation d'un traitement en association avec un sulfamidé hypoglycémiant :

Traitement à 4 mg par jour pendant 336 jours:

☐ Remboursement de 3 conditionnements de 112 x 4 mg

IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature
médecin)

du