

**ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BYETTA (§ 450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):**

.....

**II – Eléments à attester par le médecin pour une première demande:**

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2, et remplit simultanément toutes les conditions du § 450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, car ce patient est actuellement sous une bithérapie constituée de metformine:

Dose: .....

☐ depuis  $\geq$  3 mois

associée à un sulfamide hypoglycémiant :

- Nom: .....

- Dose: .....

☐ depuis  $\geq$  3 mois

Son taux d'HbA1c est actuellement de ..... (doit être  $>7.5\%$ )

En outre, j'atteste que ce patient n'est pas traité par insulinothérapie et continuera d'autre part le traitement metformine + sulfamide hypoglycémiant.

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

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité BYETTA pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + BYETTA.

**III – Eléments à attester par le médecin pour une 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 BYETTA pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que la trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + BYETTA s'est montrée efficace. Ceci est démontré par un contrôle glycémique suffisant attesté par une HbA1c  $< 7\%$  ou par une diminution de l'HbA1c  $\geq 1\%$  par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par BYETTA.

En outre, j'atteste que ce patient n'est pas traité par insulinothérapie, et je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité BYETTA pendant une nouvelle période de 12 mois. Il continuera donc à recevoir une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant. + BYETTA.

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

.....	(nom)
.....	(prénom)
1-.....-..-....	(N° INAMI)
.. / .. / .....	(DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)