ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité JANUVIA ® (§ 6440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):

II - Première demande :

médecin conseil.

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 :

Ne pouvant pas être traité par la metformine en raison d'une insuffisance rénale modérée documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≥ 30 et ≤ 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 au médecin conseil.

Ne pouvant pas être traité par la metformine en raison d'une insuffisance rénale sévère documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≤ 29 ml/min/1,73 m² quel que 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 au (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 au

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité JANUVIA ® pendant une période de 126 jours à une posologie maximale de 25 mg ou 50 mg par jour et je sollicite le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés et 1 conditionnement de 98 comprimés à 25 mg ou 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité JANUVIA ® simultanément avec les insulines ou des analogues (A-11 et A-69) ou des antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12 A-13, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91 ou injectables (A-92).

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 JANUVIA pendant une période de 120 jours sur base des conditions du § 6440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Ne pouvant pas être traité par la metformine en raison d'une insuffisance rénale modérée documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≥ 30 et ≤ 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 பப/பப/பபப (date) et est de பப ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

Ne pouvant pas être traité par la metformine en raison d'une insuffisance rénale sévère documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≤ 29 ml/min/1,73 m² quel que 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 பப/பப/பபபப (date) et est de பப ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

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 JANUVIA ® 25 mg ou 50 mg une fois par jour pour un traitement en cas d'insuffisance rénale chronique contre-indiquant l'utilisation de metformine pendant une période de 398 jours maximum, et je sollicite le remboursement de 4 conditionnements de 98 comprimés à 25 mg ou 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité JANUVIA ® simultanément avec les insulines ou des analogues (A-11 et A-69) ou des antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12 A-13, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91 ou injectables (A-92).

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

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

 UUUUUUUUUUUUUUUUUU
 (nom)

 UUUUUUUUUUUUUUUUUU
 (prénom)

 1-UUUU-UU-UUU
 (N° INAMI)

 UU / UU / UUUU
 (DATE)

	(SIGNATURE	DU
(CACHET)	MEDECIN)	