## ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'empagliflozine (§7590000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :
(numéro d'affiliation)
II - II s'agit d'une première demande à la posologie de 10 ou 25 mg/jour :
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et que
⊔ son débit de filtration glomérulaire est > ou = 30 ml/min/1,73m² pour une demande à la posologie de 10 mg/jour
ου
⊔ son débit de filtration glomérulaire est > ou = 60 ml/min/1,73m² pour une demande à la posologie de 25 mg/jour,
est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un traitement préalable d'au moins 3 mois avec au moins un antidiabétique dont la metformine, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé (< 7,0 %).
Le taux d'HbA1c à l'initiation du traitement avec cette spécialité s'élève à : (doit être compris entre 7,0 % et 9,0 %).
L'atteste que le bénéficiaire n'associera pas cette spécialité à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par cette spécialité.
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.
De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette pécialité au dosage de 10 ou 25 mg par jour pour un traitement en association <u>pendant une période de 330 jours</u> , et je sollicite donc le remboursement de :
⊔ 1 conditionnement de 30 comprimés à 10 mg et 3 conditionnements de 100 comprimés à 10 mg.
ou u 1 conditionnement de 30 comprimés à 25 mg et 3 conditionnements de 100 comprimés à 25 mg.
III – Il s'agit d'une demande de prolongation à la posologie de 10 ou 25 mg/jour :
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2 et que son débit de filtration glomérulaire est > ou = 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup> .
Ce bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par cette spécialité au dosage de 10 ou 25 mg par jour en association avec au moins un autre agent hypoglycémiant.
⊔ Je confirme que le bénéficiaire a un débit de filtration glomérulaire > ou = 60 ml/min/1,73m² (prolongation à 10mg/jour ou 25mg/jour) et :
□ (uniquement pour la première prolongation) J'atteste que la valeur de l'HbA1c est < ou = 7,5% ou qu'une diminution de l'HbA1c > ou = 0,5 % à partir de la valeur initiale avant initiation du traitement a été obtenue.
□ OU (pour les prolongations suivantes) J'atteste que le contrôle glycémique est suffisant.
OU
⊔ Je confirme que le bénéficiaire a un débit de filtration glomérulaire > ou = 30 ml/min/1,73m² et < 60ml/min/1,73m² (pour toutes les

<u>J'atteste que le bénéficiaire n'associera pas cette spécialité à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement.</u> <u>Je n'associerai pas une gliptine au cours du traitement par cette spécialité.</u>

prolongations à la posologie de 10 mg/jour).

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité au dosage de 10 ou 25 mg par jour pour un traitement en association pendant une période de 400 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

⊔ 4 conditionnements de 100 comprimés à 10 mg.
ou
⊔ 4 conditionnements de 100 comprimés à 25 mg.

IV - Identification du médecin ı	mentionné ci-dessus a	u point II :	
	11111111	(nom)	
	<u> </u>	(prénom)	
1 -       -	(n° INAMI)		
//((	date)		
	1		
	(cachet)		(signature du médecin )