ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de liraglutide (§ 5660000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin :

⊔ Première demande (posologie de 1,2 mg) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2, et remplit simultanément toutes les conditions du § 5660000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, car ce bénéficiaire :

- Est insuffisamment contrôlé après un traitement d'au moins 3 mois avec au moins un antidiabétique dont la metformine

ET

- Son taux d'HbA1c est actuellement de …….. (doit être > 7,5 %).

ET

- Présente un index de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m^2.

ET

- Le traitement avec cette spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

  □ Metformine.
  □ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant.
  □ Metformine et glinide.
  □ Metformine et glitazone.
  □ Metformine et insuline basale.

En outre, j'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialité à base de liraglutide avec un autre incrétinomimétique ou une gliptine ou une gliflozine.

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

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 6 emballages de la spécialité à base de liraglutide à 1,2 mg par jour pendant une période de 6 mois.

⊔ Demande de prolongation (posologie de 1,2 mg ou 1,8 mg) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de liraglutide pendant au moins 6 mois sur base des conditions du § 5660000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018, à raison de 6 emballages pour une période de 6 mois.

□ (uniquement pour la première prolongation) Je confirme que la valeur de l'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c > ou = 1,0 % à partir de la valeur initiale a été obtenue. Je continue avec la même dose de la spécialité à base de liraglutide de 1,2 mg par jour.

□ (pour les prolongations suivantes à la même posologie) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant. Je continue avec la même dose de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg ou 1,8 mg par jour).

□ (uniquement pour une escalation de la dose) Je constate que le contrôle glycémique est insuffisant et souhaite augmenter la dose de la spécialité à base de liraglutide de 1,2 mg à 1,8 mg par jour.

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg par jour ou 1,8 mg par jour) pendant une nouvelle période de 12 mois.

En outre, le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

□ Metformine.
□ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant.
□ Metformine et glinide.
□ Metformine et glitazone.
□ Metformine et insuline basale.

J'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialité à base de liraglutide avec un autre incrétinomimétique ou une gliptine, ou une gliflozine.

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

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg par jour ou 1,8 mg par jour) pendant une nouvelle période de 12 mois à raison de :

⊔ 12 emballages (1,2 mg par jour).
OU
⊔ 18 emballages (1,8 mg par jour).

⊔ Demande de remboursement suivant un accord dans le § 5480000 (posologie de 1,2 mg ou 1,8 mg) (valide jusqu'au 31.01.2026) :

Je soussigné, docteur en médecine, atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu un remboursement pour cette spécialité sur base du paragraphe 5480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg par jour ou 1,8 mg par jour) pendant une nouvelle période de 12 mois, afin de poursuivre le traitement remboursable, et ce, à raison de :

⊔ 12 emballages (1,2 mg par jour).
OU
⊔ 18 emballages (1,8 mg par jour).

III – Identification du médecin mentionné ci-dessus :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_| (date)

| | (cachet) ..... (signature du médecin)