

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

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de sémaglutide (§ 9680000 du chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018)

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II – Il s'agit d'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 § 9680000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018, car ce patient

- est actuellement insuffisamment contrôlé après un traitement au moyen d'au moins un antidiabétique dont la metformine pendant au moins 3 mois.

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<sup>2</sup>

Et

- 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

En outre, j'atteste que ce patient n'associera pas la spécialité à base de sémaglutide à une gliptine, ou une gliflozine.

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 maximum 13 stylos préremplis de la spécialité à base de sémaglutide pendant une période de 12 mois.

**III – Il s'agit d'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 à base de sémaglutide pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 9680000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018.

- (uniquement pour la première prolongation de traitement) Je confirme qu'une valeur d'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c > ou = 1,0 % par rapport à la valeur initiale a été obtenue.
- (pour les prolongations suivantes) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de sémaglutide 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

En outre, j'atteste que ce patient n'associera pas la spécialité à base de sémaglutide à une gliptine, ou une gliflozine.

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.

**IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

[ 1 ] - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

(cachet)

..... (signature du médecin )