**ANNEXE A**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VOKANAMET 150 mg/850 mg ou 150 mg/1000 mg (§ 7690200 du chapitre IV de l’A.R. du 1er février 2018)

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nom) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (prénom) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (numéro d’inscription) |

**II - Il s’agit d’une première demande de VOKANAMET 150mg/850mg ou 150mg/1000mg canagliflozine/metformine:**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d’au moins 18 ans et que son débit de filtration glomérulaire ≥ 60 ml/min/1,73m², est atteint d'un diabète de type 2 et a été prétraité pendant au moins 3 mois par :

⊔ INVOKANA 300 mg par jour

Ou

⊔ VOKANAMET à la posologie de 50 mg/850 mg deux fois par jour

Ou

⊔ VOKANAMET à la posologie de 50 mg/1000mg deux fois par jour

J’atteste qu’une valeur récente de l’HbA1c est de ……..……………….% (doit être compris entre 7,0 % et 9,0 %).

J’atteste que le patient n’associera pas VOKANAMET à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n’associerai pas une gliptine au cours du traitement par VOKANAMET.

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VOKANAMET 150 mg/850 mg ou 150 mg/1000 mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 210 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

⊔ 1 conditionnement de 60 comprimés et 2 conditionnements de 180 comprimés à 150 mg/850 mg de canagliflozine/metformine.

Ou

⊔ 1 conditionnement de 60 comprimés et 2 conditionnements de 180 comprimés à 150 mg/1000 mg de canagliflozine/metformine.

 **III - Il s’agit d’une demande de prolongation de VOKANAMET 150mg/850mg ou 150mg/1000 mg canagliflozine/metformine:**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus ayant un débit de filtration glomérulaire ≥ 60 ml/min/1,73m², est atteint d'un diabète de type 2 et a été prétraité pendant au moins 6 mois avec :

⊔ VOKANAMET 150 mg/850 mg ou 150 mg/1000mg deux fois par jour.

Ou

⊔ VOKANAMET 150 mg/1000 mg deux fois par jour.

J’atteste que le contrôle glycémique est suffisant.

J’atteste que le patient n’associera pas VOKANAMET à un incrétinomimétique ni à une autre gliflozine tout au long du traitement. Je n’associerai pas une gliptine au cours du traitement par VOKANAMET.

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité VOKANAMET 150mg/850 mg ou 150mg/1000mg deux fois par jourpour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 360 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

⊔ 4 conditionnements de 180 comprimés à 150 mg/850 mg de canagliflozine/metformine.

Ou

⊔ 4 conditionnements de 180 comprimés à 150 mg/1000 mg de canagliflozine/metformine.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nom) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (prénom) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | (date) |

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