

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité JARDIANCE (§ 7590000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er 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 à la posologie de 10 ou 25 mg/jour :

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 est ≥ 60 ml/min/1,73m², 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 JARDIANCE s'élève à : (doit être compris entre 7,0 % et 9,0 %).

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

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

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité JARDIANCE au dosage de 10 ou 25 mg par jour pour un traitement en association pendant une période de 230 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

- 1 conditionnement de 30 comprimés à 10 mg et 2 conditionnements de 100 comprimés à 10 mg.
ou
 1 conditionnement de 30 comprimés à 25 mg et 2 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 patient mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2 et que son débit de filtration glomérulaire est ≥ 60 ml/min/1,73m².

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par JARDIANCE à 10 ou 25 mg par jour en association avec au moins un autre agent hypoglycémiant.

- (uniquement pour la première prolongation) J'atteste que la valeur de l'HbA1c est $\leq 7,5\%$ ou qu'une diminution de l'HbA1c $\geq 0,5\%$ à partir de la valeur initiale avant initiation du traitement a été obtenue.
 (pour les prolongations suivantes) J'atteste que le contrôle glycémique est suffisant.

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

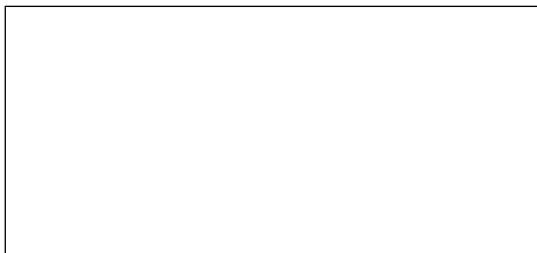
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité JARDIANCE 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 mentionné ci-dessus au point II :

	(nom)	
	(prénom)	
1	- - - -	(n° INAMI)
/	/	(date)



(cachet)

(signature du médecin)