

ANNEXE A:

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dapagliflozine (§11150000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

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

_____ (nom)
_____ (prénom)
_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par le prescripteur:

Il s'agit d'une première demande de remboursement

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en cardiologie, certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus atteint d'une insuffisance cardiaque chronique symptomatique à fraction d'éjection réduite, répond au début du traitement avec cette spécialité aux conditions cumulatives suivantes :

- 1) L'état du bénéficiaire correspond à:
 - une classe NYHA (New York Heart Association) II
Ou
 - une classe NYHA III
Ou
 - une classe NYHA IV
- 2) Le bénéficiaire ne souffre pas de diabète de type 1
- 3) Fraction d'éjection ventriculaire gauche < ou = 40% (objectivée par échocardiographie)
- 4) Un traitement préalable avec une dose optimale d'un IEC ou d'un sartan

Je tiens 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, pendant une période de 322 jours, le remboursement de cette spécialité à une dose maximale de 10 mg une fois par jour.

Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste :

- en cardiologie
- en médecine interne
- en gériatrie

atteste que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base du § 11150000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018.

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité pour une nouvelle période de 392 jours, à une dose maximale de 10 mg une fois par jour, est médicalement justifiée pour ce bénéficiaire.

III - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)
_____ (prénom)
[1] - _____ - [] - [] (n° INAMI)
[] / [] / [] (date)

 (cachet) (signature du médecin)