**ANNEXE A :**
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de liraglutide (§ 10120000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1ier 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 traitant :**

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le bénéficiaire diabétique de type 2 âgé de 10 ans à 17 ans mentionné ci-dessus est traité dans le cadre des Conventions pour l'auto-régulation du diabète n° 7867 :

⊔ En ce qui concerne une première demande :

**OU**

⊔ En ce qui concerne une demande de prolongation :

⊔ Qui est au moment de la première demande insuffisamment contrôlé après un traitement d'au moins un antidiabétique dont la metformine.

⊔ Où chez qui un traitement préalable par metformine n'est pas requis pour le remboursement quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

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 demande le remboursement pour 12 mois.

Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

**III- Identification du médecin (nom, prénom, adresse. N° INAMI) :**

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

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