

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de liraglutide

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

| (nom)

| (prénom)

| (numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient 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 :

OU

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

U 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.

Je demande le remboursement pour 12 mois.

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

| (nom)

| (prénom)

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

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

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)