

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 7420000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018.

[illegible]

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pour une période maximale de 12 mois.

Je sais que la posologie maximale remboursable est celle qui est reprise dans le RCP et que pour la spécialité pharmaceutique choisie, la combinaison de conditionnements prescrite doit être la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Je m'engage également à tenir compte :

1. du non remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine simultanément avec des insulines autres que insulines basales, un incrétinomimétique, ou une autre gliptine,.
2. que l'ajout d'une gliptine au traitement à base d'une gliflozine n'est pas remboursé.
3. d'un remboursement en monothérapie uniquement pour des patients avec une insuffisance rénale de stade 3 ; 4 ou 5 selon la classification KDOQI démontrée par un débit de filtration glomérulaire < 50 ml/min/1,73 m².

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

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

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)