

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité 12,5mg/850mg ou 12,5mg/1000mg deux fois par jour pour un traitement sans autre antidiabétique ou en association libre pendant une période de 400 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

- 4 conditionnements de 200 comprimés à 12,5 mg/850 mg d'empagliflozine/metformine.
- Ou
- 4 conditionnements de 200 comprimés à 12,5 mg/1000 mg d'empagliflozine /metformine.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)