## 

Le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

□ Metformine

ET

□ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant

□ Metformine et glinide

□ Metformine et glitazone

□ Metformine et insuline basale

En outre, j'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialite à base de sémaglutide à une gliptine, ou une gliflozine.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un nombre maximal de conditionnements en tenant compte d'une posologie maximale de 1 mg par semaine de cette spécialité pendant une période de 12 mois.

## III - II s'agit d'une demande de prolongation :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de sémaglutide pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 9680000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018.

□ (uniquement pour la première prolongation de traitement) Je confirme qu'une valeur d'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c > ou = 1,0 % par rapport à la valeur initiale a été obtenue.
□ (pour les prolongations suivantes) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.
De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité -pendant une nouvelle période de 12 mois, pour un nombre maximal de conditionnements, en tenant compte d'une posologie maximale de 1 mg par semaine.
En outre, le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :
□ Metformine
□ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant
□ Metformine et glinide
□ Metformine et glitazone
□ Metformine et insuline basale
En outre, j'atteste que ce bénéficiaire n'associera pas la spécialite à base de sémaglutide à une gliptine, ou une gliflozine.
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.
IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :
(nom)
1 -         -     (n° INAMI)
/ / (date)
(cachet) (signature du médecin )