

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de sémaglutide (§ 9680000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2, et remplit simultanément toutes les conditions du § 9680000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018. car ce bénéficiaire :

- ☐ Metformine
- ☐ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant
- ☐ Metformine et glinide
- ☐ Metformine et glitazone
- ☐ Metformine et insuline basale

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.

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.

- 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.

- ☐ Metformine
- ☐ Metformine et sulfamidé hypoglycémiant
- ☐ Metformine et glinide
- ☐ Metformine et glitazone
- ☐ Metformine et insuline basale

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.

(nom)
 (prénom)
 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

.....

Version valable à partir du 01.05.2025