

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité **SULIQUA®**

§ 9510000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018

PREMIERE DEMANDE
de remboursement

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (N° d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin pour une première demande

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2 et remplit simultanément toutes les conditions du § 9510000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018, car le contrôle glycémique est insuffisant (taux d'HbA1c > 7,5%) pendant au moins 3 mois de traitement:

- soit par une insuline basale et le patient présente une surcharge pondérale définie comme ayant un IMC ≥ 30 kg/m²
- soit par un incrétinomimétique
- soit par une association d'un incrétinomimétique et une insuline basale

Son taux d'HbA1c est actuellement de % (doit être > 7,5%). J'associe SULIQUA® à la prise de metformine.

En outre, j'atteste que ce patient arrêtera le traitement par insuline basale respectivement incrétinomimétique. Je n'associerai pas SULIQUA® avec une ou plusieurs spécialités appartenant aux groupes de remboursement A-92 (incrétinomimétiques), A-91 (gliptines), A-110 (associations d'un biguanide et d'une gliptine), A-113 (inhibiteurs du co-transporteur glucose-sodium), A-114 (associations d'un biguanide et d'un inhibiteur du co-transporteur glucose-sodium), A-69 (analogues de l'insuline humaine à durée d'action prolongée) ni avec une insuline prandiale à action rapide ou ultrarapide.

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

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité SULIQUA® pendant une période de 12 mois.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N° INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (N° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)

_____ (cachet)

(signature du médecin)

