

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BYDUREON (§ 6860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

U 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 § 6860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, car ce patient est actuellement sous une bithérapie constituée de :

Dose:

- depuis ≥ 3 mois

- Nom:

- Dose:

- depuis ≥ 3 mois

Son taux d'HbA1c est actuellement de (doit être >7.5 %)

J'atteste, en outre, que ce patient continuera le traitement metformine + sulfamide hypoglycémiant.

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 maximum 13 conditionnements de la spécialité BYDUREON pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + BYDUREON.

U Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité BYDUREON pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 8660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que la trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + BYDUREON s'est montrée efficace. Ceci est démontré par un contrôle glycémique suffisant attesté par une HbA1c < 7% ou par une diminution de l'HbA1c ≥1% par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par BYDUREON.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité BYDUREON pendant une nouvelle période de 12 mois. Il continuera donc à recevoir une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + BYDUREON.

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.

000000000000000000000000 (nom)
 000000000000000000000000 (prénom)
 1-000000-00-0000 (N° INAMI)
 00 / 00 / 0000 (DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)