

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité VIPDOMET (§ 7060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

ET

- ☐ le patient recoit en même temps de la metformine et une gliptine depuis au moins 4 mois.

OU

- OU

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

_____ (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)