Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique
□ NOVOMIX 30 FLEXPEN
□ NOVOMIX 30 PENFILL
□ NOVOMIX 50 PENFILL
□ NOVOMIX 50 FLEXPEN
□ NOVOMIX 70 PENFILL
⊔ NOVOMIX 70 FLEXPEN (§ 5060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin traitant:
Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de diabète et répond à un des deux critères suivants:
⊔ <u>II s'agit d'une première demande</u> :
□ Patient entrant dans une convention d'auto-régulation du diabète n° 786 ou n° 7867 avec obligation de respecter les conditions de cette convention. OU
⊔ Patient atteint de diabète type 2, ayant un taux d'HbA1c > 7,5 % sous antidiabétiques oraux et/ou insuline.
OU
⊔ <u>Il s'agit d'une demande de prolongation</u> :
Dans le cas d'un patient atteint de diabète de type 2 non-conventionné visé ci-dessus, je dispose d'un dosage de l'hémoglobine A1c, datant de moins de 3 mois et dont la valeur est inférieure à 7 %.
Je demande le remboursement pour 12 mois.
Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse. N° INAMI):
(prénom)
1 - [ ]   - [ ] - [ ] (n° INAMI)
/
(cachet)(signature du médecin)

**ANNEXE**