

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ONGLYZA (§ 5620000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 _____ (numéro d'affiliation)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et est atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un traitement préalable par la metformine à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois. Ceci n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7%, Réunion de Consensus, 2003).

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ONGLYZA 5 mg par jour pour un traitement en association avec la metformine pendant une période de 126 jours, et je sollicite le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés à 5 mg et 1 conditionnement de 98 comprimés à 5 mg.

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par ONGLYZA à 5 mg par jour en association avec la metformine. J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas actuellement le niveau correspondant à 150% de la valeur normale supérieure du laboratoire. Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ONGLYZA 5 mg par jour pour un traitement en association avec la metformine pendant une période de 392 jours, et je sollicite donc le remboursement de 4 conditionnements de 98 comprimés à 5 mg.

J'envoie, sur demande du médecin-conseil, les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

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

Cachet et signature du médecin