

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité KOMBOGLYZE (§ 6350000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I – Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

□ II – Première demande:

Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus est un patient atteint d'un diabète de type 2, âgé d'au moins 18 ans, qui répond aux conditions suivantes:

- ☐ le médecin conseil a auparavant accordé une autorisation pour le remboursement d'une spécialité à base de gliptine

ET

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

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Je sais que le remboursement simultané de KOMBOGLYZE avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec des incrétinomimétiques est exclu. Le remboursement simultané de metformine supplémentaire (si nécessaire) est autorisé.

C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité KOMBOGLYZE pendant une période de 11 mois à raison de 2 x 1 comprimé par jour, en remplacement de la prise séparée de gliptine et metformine.

Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :

- Remboursement de 1 conditionnement de KOMBOGLYZE 2,5 mg/850 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements de KOMBOGLYZE 2,5 mg/850 mg x 196 comprimés

OU

- Remboursement de 1 conditionnement de KOMBOGLYZE 2,5 mg/1000 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements de KOMBOGLYZE 2,5 mg/1000 mg x 196 comprimés.

□ **III – Demande de prolongation:**

Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir une prolongation du remboursement de la spécialité KOMBOGLYZE. Un taux récent d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas le niveau correspondant à 150 % de la valeur normale supérieure du laboratoire.

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

Je sais que le remboursement simultané de KOMBOGLYZE avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec des incrétinomimétiques est exclu. Le remboursement simultané de metformine supplémentaire (si nécessaire) est autorisé.

C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité KOMBOGLYZE pendant une période de 392 jours à raison de 2 x 1 comprimé KOMBOGLYZE par jour. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous:

- Remboursement de 4 conditionnements de KOMBOGLYZE 2,5 mg/850 mg x 196 comprimés

OU

- Remboursement de 4 conditionnements de KOMBOGLYZE 2,5 mg/1000 mg x 196 comprimés.

IV – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

||||| (nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

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



(cachet)

.....

(signature du médecin)