

## Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité EUCREAS (§ 5000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

\_\_\_\_\_

- diabète de type 2;
- est âgé d'au moins 18 ans ;
- le médecin conseil a auparavant donné une autorisation pour le remboursement d'une spécialité à base d'une gliptine ;

☐ reçoit en même temps de la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide depuis au moins 4 mois.

□ Remboursement de 1 conditionnement d'EUCREAS 50 mg/1000 mg x 60 comprimés et de 4 conditionnements d'EUCREAS 50 mg/1000 mg x 180 comprimés.

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 d'EUCREAS avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec des incrétinomimétiques est exclu. Le remboursement simultané avec de la metformine en supplément (si nécessaire) est autorisée.

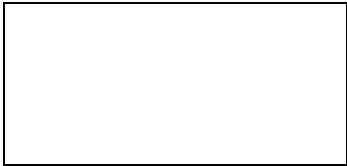
☐ Remboursement de 4 conditionnements d'EUCREAS 50 mg/1000 mg x 180 comprimés.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

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

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



(cachet)

.....

(signature du médecin)