Formulaire de demande: Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité EUCREAS (§ 5000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
⊔ <u>II - Première demande:</u>
Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus répond simultanément aux conditions suivantes: - 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 de la gliptine depuis au moins 4 mois ou □ reçoit en même temps de la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide 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 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 autorisé.
C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité EUCREAS pendant une période de 390 jours à raison de 2 x 1 comprimé EUCREAS par jour. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement son mentionnés ci-dessous : Le Remboursement de 1 conditionnement d'EUCREAS 50 mg/850 mg x 60 comprimés et de 4 conditionnements d'EUCREAS 50 mg/850 mg x 180 comprimés ; ou 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.
⊔ <u>III - Demande de prolongation:</u>
Je soussigné, médecin, déclare que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir une prolongation du remboursement de la spécialité EUCREAS. Un taux récent d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas le niveau correspondant à 150 % de la valeu 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 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.
C'est pourquoi je déclare que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité EUCREAS pendant une période de 360 jours à raison de 2 x 1 comprimé EUCREAS par jour.
Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement son mentionnés ci-dessous : □ Remboursement de 4 conditionnements d'EUCREAS 50mg/850 mg x 180 comprimés ; ou □ Remboursement de 4 conditionnements d'EUCREAS 50 mg/1000 mg x 180 comprimés.
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
1 - [] - [] - [] - [] (n° INAMI)

_____/ _______(date)

(cachet)	 (signature du médecin)