

J'atteste que la trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + EPERZAN ou la thérapie insuline basale + EPERZAN ± antidiabétiques oraux s'est montrée efficace. Ceci est démontré par un contrôle glycémique suffisant attesté par une HbA1c < 7% ou par une diminution de l'HbA1c ≥1% par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par EPERZAN.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité EPERZAN pendant une nouvelle période de 12 mois. Il continuera donc à recevoir une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant + EPERZAN ou la thérapie insuline basale + EPERZAN ± antidiabétiques oraux.

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

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

Nom :

Prénom :

Numéro INAMI : 1- 00000 - 00- 0000

Date :

(cachet) (signature du médecin)