

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité JANUVIA® (§ 6440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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 et remplit la condition suivante :

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le 04/03/2022 (date) et est de 10 ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le / / (date) et est de ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité JANUVIA ® pendant une période de 126 jours à une posologie maximale de 25 mg ou 50 mg par jour et je sollicite le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés et 1 conditionnement de 98 comprimés à 25 mg ou 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité JANUVIA® simultanément avec les insulines ou des analogues (A-11 et A-69) ou des antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12 A-13, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91 ou injectables (A-92).

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

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité JANUVIA pendant une période de 120 jours sur base des conditions du § 6440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le / / (date) et est de ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le / / (date) et est de ml/min/1,73 m². Le débit de filtration glomérulaire a été évalué au maximum 3 mois avant la date de demande au médecin conseil.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité JANUVIA® 25 mg ou 50mg une fois par jour pour un traitement en cas d'insuffisance rénale chronique contre-indiquant l'utilisation de metformine pendant une période de 398 jours maximum, et je sollicite le remboursement de 4 conditionnements de 98 comprimés à 25 mg ou 50 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité JANUVIA ® simultanément avec les insulines ou des analogues (A-11 et A-69) ou des antidiabétiques oraux appartenant aux groupes de remboursement A-12 A-13, A-61, A-64, A-67, A-75, A-91 ou injectables (A-92).

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU	(nom)
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU	(prénom)
1-UUUUUU-uu-uuuu	(N° INAMI)
uu / uu / uuuuu	(DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE
MEDECIN)

DU