Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité JANUMET (§ 5580000 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 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 attesté Je sais que le remboursement simultané de JANUMET avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec des incrétinomimétiques 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 JANUMET pendant une période 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 so mentionnés ci-dessous :
□ Remboursement de 1 conditionnement de JANUMET 50 mg/850 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements de JANUME 50mg/850 mg x 196 comprimés
ου
□ Remboursement de 1 conditionnement de JANUMET 50 mg/1000 mg x 56 comprimés et de 3 conditionnements de JANUMET mg/1000 mg x 196 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 spécialité JANUMET. Un taux récent d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas le niveau correspondant à 150 % de la vale 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 attesté
Je sais que le remboursement simultané de JANUMET avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec des incrétinomimétiques 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 JANUMET pendant une périor de 392 jours à raison de 2 x 1 comprimé JANUMET par jour. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnemer dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :
⊔ Remboursement de 4 conditionnements de JANUMET 50mg/850 mg x 196 comprimés
ou
⊔ Remboursement de 4 conditionnements de JANUMET 50 mg/1000 mg x 196 comprimés.
IV – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
1 - - (n°INAMI)
(\\ \(\\ \\ \\ \
(cachet) (signature du médecin)