	Formulaire de demande: Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité JENTADUETO (§ 6530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)	
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):		
l		
	⊔ <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 ; • recoit en même temps de la metformine et de la 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 attestée. Je sais que le remboursement simultané de JENTADUETO avec d'autres antidiabétiques oraux ou de l'insuline (et/ou analogues) 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 JENTADUETO pendant une période de 390 jours à raison de 2 x 1 comprimé de JENTADUETO par jour, en remplacement de la prise séparée de la gliptine et de la metformine.	
	Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous : u Remboursement de 1 conditionnement de JENTADUETO 2,5 mg/850 mg x 60 comprimés et de 4 conditionnements de JENTADUETO 2,5 mg/850 mg x 180 comprimés ; ou	
	□ Remboursement de 1 conditionnement de JENTADUETO 2,5 mg/1000 mg x 60 comprimés et de 4 conditionnements de JENTADUETO 2,5 mg/1000 mg x 180 comprimés.	
	u <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 JENTADUETO. Un taux récent d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas le niveau correspondant à 150 % de la valeur 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 de JENTADUETO avec d'autres antidiabétiques oraux ou avec de l'insuline (et/ou analogues) 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 JENTADUETO pendant une période de 360 jours à raison de 2 x 1 comprimé de JENTADUETO par jour.	
	Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous :	

ou

⊔ Remboursement de 4 conditionnements de JENTADUETO 2,5 mg/1000 mg x 180 comprimés.				
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):				
	(nom)			
	prénom)			
1 - - (n° INAMI)				
/(date)				
(cache	et)	(signature du médecin)		