Annexe A : Modèle de formulaire de demande
Formulaire de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de somatrogon (§ 11700000 de chapitre IV de la liste de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Elements à confirmer par le médecin-spécialiste attaché à un service universitaire d'endocrinologie pédiatrique :

Je, soussigné, médecin spécialiste attaché à un service universitaire d'endocrinologie pédiatrique et responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire ci-dessous a 3 ans ou plus et que ce bénéficiaire remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 11700000 du chapitre IV de liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

Sur base de ceci, j'atteste que le remboursement de cette spécialité à base de samtrogron est nécessaire pour le bénéficiaire.

En outre, je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Il s'agit d'un :

☐ une première demande d'autorisation;

Je demande le remboursement pour le bénéficiaire de la spécialité pharmaceutique à base de somatrogon pour une durée maximale de 12 mois

☐ une période de prolongation du remboursement.

Je déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus nécessite la continuation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de somatrogron et je demande donc le remboursement pour une nouvelle période de 12 mois maximum.

III - Identification du médecin spécialiste traitant :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)