ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'hormone de croissance (somatropine), inscrite au §12200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

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

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

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

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :

☐ **Première demande :**

Je soussigné(e), médecin spécialiste attaché à un service universitaire d'endocrinologie pédiatrique, de néphrologie pédiatrique ou au BESPEED (Belgian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology), déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus n'a pas atteint la taille adulte et remplit toutes les conditions du §12200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement d'un retard de croissance dû :

1.

- ☐ à un déficit en hormone de croissance
  - ☐ congénital
  - ☐ acquis (par exemple suite à une irradiation ou à une chirurgie)
  - ☐ idiopathique ;

- ☐ OU à un syndrome de Noonan

- ☐ OU à une haploinsuffisance du gène SHOX, en ce y compris le syndrome de Turner ;

- ☐ OU à une insuffisance rénale chronique (fonction rénale inférieure à 50% de la normale) depuis plus d'un an ;

- ☐ OU s'il est utilisée pour le traitement du retard de croissance (taille actuelle < -2,5 Standard Deviation Score et taille ajustée à celle des parents < -1 Standard Deviation Score) chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel avec un poids et/ou une taille de naissance < -2 déviations standards, n'ayant pas rattrapé leur retard de croissance (vitesse de croissance < 0 Standard Deviation Score au cours de la dernière année) à l'âge de 4 ans ou plus ou n'ayant pas rattrapé leur retard de croissance à l'âge de 2 ans ou plus si un syndrome de Silver-Russel a été diagnostiqué.

2.

- ☐ au syndrome de Prader-Willi (traitement d'un retard de croissance et/ou de troubles de la composition corporelle)

En outre, j'atteste tenir à à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve relatifs à la situation du bénéficiaire.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité pendant une période de 12 mois.

☐ **Demande de remboursement suivant un accord dans l'un des § suivants 3590101, 3590102, 3180101, 3180102, 3180300, 10510000, 410101, 410104, 3260100, 10060101, 10060102 :**

Je soussigné, médecin spécialiste attaché à un service universitaire d'endocrinologie pédiatrique, de néphrologie pédiatrique ou au BESPEED atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base de l'un des § suivants 3590101, 3590102, 3180101, 3180102, 3180300, 10510000, 410101, 410104, 3260100, 10060101, 10060102 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité est médicament justifiée pour une période de 12 mois maximum.

☐ **Demande de prolongation :**

Je soussigné, médecin spécialiste attaché à un service universitaire d'endocrinologie pédiatrique, de néphrologie pédiatrique ou au BESPEED (Belgian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology), atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base du § 12200000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité est médicament justifiée pour une période de 12 mois maximum.

III – Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :

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

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

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

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

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