ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'hormone de croissance (somatropine), inscrite au §12210000 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 en endocrino-diabétologie, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, ayant atteint la taille adulte, remplit toutes les conditions du §12210000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement en cas de déficience marquée en hormone de croissance (Growth Hormone Deficiency ou GHD) dû :

- ☐ à un déficit en hormone de croissance diagnostiquée pendant l'enfance. Le bénéficiaire doit subir à l'âge adulte 2 tests dynamiques différents de l'hormone de croissance réalisés chaque fois à l'aide d'un sécrétagogue reconnu de l'hormone de croissance. Cette réévaluation ne doit pas être effectuée si l'un des diagnostics suivants a été posé dans l'enfance :
  - 1. un déficit en hormone de croissance (GHD) génétiquement documenté
  - 2. une GHD dûe à une anomalie morphologique congénitale radiologiquement documentée de la région hypothalamo-hypophysaire, associée à au moins deux autres déficits en hormones hypophysaires
  - 3. une maladie de croissance due à une tumeur cérébrale intra/supra-sellaire ou à une résection radiologique ou chirurgicale, associée à au moins deux autres déficits en hormones hypophysaires. Les déficits en hormones hypophysaires se situent sur l'un des axes suivants (prolactine exclue) :
    - ☐ déficit en TSH (hypothyrotropie ou hypothyroïdie secondaire)
    - ☐ ou déficit en ACTH (hypocorticisme ou hypocorticisme secondaire)
    - ☐ ou déficit en FSH, LH (hypogonadisme hypogonadotrope)
    - ☐ ou déficit en ADH (diabète insipide).

- ☐ une affection hypothalamo-hypophysaire, associée à au moins une autre déficience hypophysaire hormonale (à l'exception de la prolactine) :
  - ☐ déficit en TSH (hypothyrotropie ou hypothyroïdie secondaire)
  - ☐ ou déficit en ACTH (hypocorticisme ou hypocorticisme secondaire)
  - ☐ ou déficit en FSH, LH (hypogonadisme hypogonadotrope)
  - ☐ ou déficit en ADH (diabète insipide).

  Le bénéficiaire doit subir à l'âge adulte un test dynamique de l'hormone de croissance réalisé à l'aide d'un sécrétagogue reconnu de l'hormone de croissance. En outre, un traitement de substitution adéquat complémentaire pour les autres déficits doit être instauré chez l'adulte concerné.

- ☐ à une affection hypothalamo-hypophysaire, à l'âge adulte, documentée par la réalisation d'un test dynamique de l'hormone de croissance réalisé à l'aide d'un sécrétagogue reconnu, et associée avec au moins un autre déficit hormonal hypophysaire (à l'exception de la prolactine)
  - ☐ déficit en TSH (hypothyrotropie ou hypothyroïdie secondaire)
  - ☐ ou déficit en ACTH (hypocorticisme ou hypocorticisme secondaire)
  - ☐ ou déficit en FSH, LH (hypogonadisme hypogonadotrope)
  - ☐ ou déficit en ADH (diabète insipide).

  En outre, un traitement de substitution adéquat complémentaire pour ces autres déficits doit être instauré avant de commencer le traitement par l'hormone de croissance.

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

Je joins également à la présente demande le rapport circonstanciel complet.

☐ **Demande de remboursement suivant un accord dans l'un des § suivants 3590200, 3180200, 410200, 3260200, 10060200:**

Je soussigné, médecin spécialiste en endocrino-diabétologie, atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base de l'un des § suivants 3590200, 3180200, 410200, 3260200, 10060200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Je confirme que le remboursement de cette spécialité est médicament justifiée.

J'atteste tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve relatifs à la situation du bénéficiaire.

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

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

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

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

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

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