<u>ANNEXE A</u> : Modèle du formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité à base de Tériparatide pour une ostéoporose sévère (§ 3550000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018).

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation chez l'O.A.) :</u>

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Prénom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (N° O.A)

<u>II – Eléments à attester par un médecin spécialiste:</u>

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que la bénéficiaire ménopausée mentionnée ci-dessus souffre d'une ostéoporose sévère et remplit simultanément toutes les conditions suivantes :

- Un remboursement préalable d'au moins 12 mois avec un biphosphonate ou un SERM, et ;

- Un T-score calculé par rapport à une population de référence féminine < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique d'absorptiométrie radiologique à double énergie effectué au maximum 6 mois avant la demande de remboursement et ;

- Au moins 2 fractures vertébrales, définies par une réduction d'au moins 25%, et d'au moins 4mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre des vertèbres considérées, démontré par un examen radiologique ; Au moins une des deux fractures est survenue après 12 mois de thérapie avec un biphosphonate ou un SERM.

Je certifie en ma qualité de médecin spécialiste que la bénéficiaire présente une aggravation de son ostéoporose.

Je joins au présent formulaire le protocole de la radiographie et de l'absorption radiologique à double énergie.
Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil le remboursement de la spécialité à base de Tériparatide à 20 microgrammes par jour pour une période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à 10 stylos préremplis.

☐ CHANGEMENT DE MEDICAMENT :

La bénéficiaire souffre d'une ostéoporose sévère comme défini ci-dessus et a été traitée par :
Un Biphosphonate – Attestation N° : …….
Ou
Par un SERM – Attestation N° : ...……..

Je demande de substituer le traitement par l~~e~~ la spécialité à base de Tériparatide.

<u>III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :</u>

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | | - | | | | (N° INAMI)

| | | / | | | / | | | | | (Date)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Cachet) ..... (Signature du médecin)