ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de cinacalcet pour une hyperparathyroïdie primaire (§ 4020300 du chapitre IV de l'A.R. du 1ier 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 en endocrinologie ou en médecine interne dans le cas d'une première demande:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
⊔ endocrinologie
(ou)
⊔ médecine interne,

certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'une hyperparathyroïdie primaire documentée par des tests biologiques et l'imagerie médicale, et remplit simultanément toutes les conditions du § 4020300 du chapitre IV de l'A.R. du 1ier février 2018:

Je confirme que ce patient a un calcium sérique ≥ 11,5 mg/ dl.

Je confirme que l' hyperparathyroïdie primaire de ce patient justifierait une parathyroïdectomie selon les recommandations thérapeutiques du NIH mais que la parathyroïdectomie est contre-indiquée ou n'est pas cliniquement appropriée chez ce patient. Le patient remplit au moins un des critères suivants (cocher les mentions utiles) :

- hyperparathyroïdie primaire symptomatique
- hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et âge < 50 ans
- hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et élévation du calcium sérique ≥ 1 mg/dl par rapport à la limite supérieure de la normale
- hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et clearance de la créatinine < 60 ml/min
- hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et t-score < -2,5 (densité minérale osseuse) et/ ou fracture de fragilité précédente

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité à base de cinacalcet pendant une période de 6 mois.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

III – Eléments à attester par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne dans le cas d'une demande de prolongation:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
⊔ endocrinologie
(ou)
⊔ médecine interne,

certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de cinacalcet pendant au moins 6 mois pour une hyperparathyroïdie primaire.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace. Ceci est démontré par une diminution de la concentration du calcium sérique ≥ 1 mg/dl par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par la spécialité à base de cinacalcet .

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de cinacalcet pendant une nouvelle période de 6 mois.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

IV – Identification du médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)