ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité à base de Tériparatide pour une ostéoporose sévère masculine (§ 6130000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 févier 2018).

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

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

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

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

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste :

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

- Un traitement préalable d'au moins 12 mois par un biphosphonate, et ;

- Au moment de l'initiation du traitement avec la spécialité à base de Tériparatide, un T-score calculé, par rapport à une population de référence masculine, < - 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, 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.

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

Je joins au présent formulaire le protocole de la radiographie et de l'absorptiométrie 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.

Le bénéficiaire souffre d'une ostéoporose sévère telle que définie ci-dessus.
Et a été traité par un biphosphonate : ……..... (nom de la spécialité).
Pendant la période suivante : ……..…….. (date) à …….……..……..(date).

Je souhaite modifier le traitement et demande de le substituer par la spécialité à base de Tériparatide.

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

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

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

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

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

(Cachet) ..... (Signature du médecin)