

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

[illegible]

Je soussigné, spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que le bénéficiaire a déjà obtenu le remboursement de la spécialité à base de Tériparatide pour le traitement pendant au moins 9 mois de l'ostéoporose sévère et qu'il remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation :

Je joins à la présente le protocole d'un nouvel examen d'absorptiométrie radiologique à double énergie démontrant une amélioration du T-score.

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 deuxième et dernière période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires pour cette période à 10 stylos préremplis.

[illegible]

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

--

(Cachet)

..... (Signature du médecin)