

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité à base de Tériparatide pour une ostéoporose sévère induite par les glucocorticoïdes chez une femme ou un homme (§ 6140000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018).

_____ (Nom)

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

_____ (N° O.A)

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 d'une ostéoporose sévère, induite par les glucocorticoïdes 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.

_____ (Nom)

| (Prénom)

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

____/____/____ (Date)

--

(Cachet)

..... (Signature du médecin).