Annexe A:
Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité à base du principe actif testostérone (§ 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.02.2018)

I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

Je, soussigné, médecin spécialiste en
☐ endocrinologie,
☐ urologie
☐ pédiatrie

déclare que le bénéficiaire ci-dessus remplit toutes les conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.2.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base du principe actif testostérone:

☐ **II – 1ère demande (maximum 12 mois):**

En effet, le bénéficiaire se trouve dans la situation suivante:
☐ Antécédent de gonadectomie bilatérale effectuée le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ (jj/mm/aaaa)
ou
☐ Pathologie hypothalamo-hypophysaire ou gonadique avérée et documentée, acquise ou congénitale, avec présence de déficience en testostérone démontrée par deux dosages de testostérone totale et/ou libre, exécutés le matin, à un intervalle d'au moins 15 jours, objectivé par un dosage sanguin inférieur à la norme de laboratoire pour la testostérone totale et/ou libre. Je joins en annexe les protocoles de laboratoire de ces deux dosages.
ou
- ☐ Dans le cadre de la dysphorie de genre pour laquelle un traitement hormonal est démarré chez le bénéficiaire et pour lequel il reçoit un suivi thérapeutique par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en urologie et qui tient à disposition du médecin conseil le rapport médical.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de maximum 26 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité à base du principe actif testostérone pour une première période de 12 mois.

☐ **III – Prolongations (maximum 60 mois):**

En effet, le bénéficiaire a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins12 mois sur base des conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.02.2018, les indications sont inchangées et le traitement s'est avéré efficace.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de maximum 130 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité à base du principe actif testostérone pour une période de 60 mois

IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.05.2023