ANNEXE B: Modèle du formulaire de demande de prolongation Formulaire de demande de prolongation du remboursement de la spécialité FORSTEO pour une ostéoporose sévère masculine (§ 6130000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste:
Je soussigné, spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que ce patient a déjà obtenu le remboursement de la spécialité FORSTEO 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:
Le patient n'est plus traité par un biphosphonate.
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 FORSTEO 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.
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)