Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité SUSTANON avec une posologie de une ampoule toutes les deu semaines (§ 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
Je, soussigné, médecin spécialiste en □ endocrinologie, □ pédiatrie □ urologie déclare que le patient masculin ci-dessus remplit toutes les conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pou obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité SUSTANON à raison d'1 ampoule toutes les 2 semaines:
⊔ II – 1ère demande d' <i>augmentation</i> de la posologie (maximum 12 mois):
En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 6 mois avec une posologie d'1 ampoule toutes le 3 semaines sur base des conditions du §6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, mais il présente encore des signe d'hypogonadisme au cours du dernier tiers de ce traitement de 6 mois, confirmés par le dosage suivant, exécuté le matin au cour de la 3ème semaine suivant une injection: ⊔ testostérone totale < 10,4 nmol/L (ou < 300 ng/dl) Je joins en annexe le protocole de laboratoire.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 26 conditionnements de 1 ampoul de la spécialité SUSTANON pour une première période de 12 mois pour un traitement à raison d'1 injection toutes les 2 semaines.
⊔ <u>III – Prolongations (maximum 12 mois):</u>
En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 12 mois avec une posologie d'1 ampoule toute les 2 semaines sur base des conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, et le traitement s'est avéré efficac chez lui. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 26 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité SUSTANON pour une période de 12 mois pour un traitement à raison d'1 injection toutes les 2 semaines.
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
1 - - (n° INAMI)
(cachet) (signature du médecin)