	ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité MIMPARA pour une hyperparathyroïdie primaire (§ 4020300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
L	
	II – Eléments à attester par le médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne dans le cas d'une première demande:
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
	⊔ endocrinologie (ou)
	⊔ médecine interne,
	certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'une hyperparathyroïdie primaire documentée par des tests biologiques et l'imagerie médicale, et remplit simultanément toutes les conditions du § 4020300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
	Je confirme que ce patient a un calcium sérique ≥ 11,5 mg/ dl.
	Je confirme que l' hyperparathyroïdie primaire de ce patient justifierait une parathyroïdectomie selon les recommandations thérapeutiques du NIH mais que la parathyroïdectomie est contre-indiquée ou n'est pas cliniquement appropriée chez ce patient. Le patient remplit au moins un des critères suivants (cocher les mentions utiles) :  - hyperparathyroïdie primaire symptomatique - hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et âge < 50 ans - hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et élévation du calcium sérique ≥ 1 mg/dl par rapport à la limite supérieure de la normale - hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et clearance de la créatinine < 60 ml/min - hyperparathyroïdie primaire asymptomatique et t-score < -2,5 (densité minérale osseuse) et/ ou fracture de fragilité précédente
	J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité MIMPARA pendant une période de 6 mois.
	Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
	III – Eléments à attester par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne dans le cas d'une demande de prolongation:
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en ⊔ endocrinologie (ou)

□ médecine interne,

certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité MIMPARA pendant au moins 6 mois pour une hyperparathyroïdie primaire.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace. Ceci est démontré par une diminution de la concentration du calcium sérique ≥ 1 mg/dl par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par MIMPARA.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité MIMPARA pendant une nouvelle période de 6 mois.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

		Identii AMI) :	ication	du	médecin	spécialiste	en	endocrinologie	ou	en	médecine	interne	(nom,	prénom,	adresse,
								(nom)							
								(prénom)							
L	1 -	. [		-		(n° INAMI)	)								
		/	/		(date)										
					(cach	net)						(signatı	ıre du n	nédecin)	