	ANNEXE B: Modèle du formulaire de demande de prolongation: Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité PREOTACT pour une ostéoporose sévère (§ 4310000 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 un médecin spécialiste :
	Je soussigné, spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que cette patiente a déjà obtenu le remboursement de la spécialité PREOTACT pour le traitement pendant au moins 9 mois de l'ostéoporose sévère et qu'elle remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation :
	La patiente n'est plus traitée par du teriparatide, un biphosphonate ou par un SERM.
	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 PREOTACT à 100 microgrammes par jour pour une dernière période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires pour cette période à 10.
	III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
L	(nom)
L	
L	1 - - (n° INAMI)
L	/

(signature du médecin)

(cachet)