

Annexe A:

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité SUSTANON (§ 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 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité SUSTANON:

II – 1ère demande (maximum 6 mois):

En effet, il présente une insuffisance gonadique primaire ou secondaire, et il 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 symptômes d'hypogonadisme et insuffisance en testostérone démontrée par deux dosages de testostérone totale < 10,4 nmol/L (ou < 300 ng/dl), exécutés le matin, à un intervalle d'au moins 15 jours. Je joins en annexe les protocoles de laboratoire de ces deux dosages.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 8 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité SUSTANON pour une première période de 6 mois, pour un traitement à raison, au maximum, d'1 ampoule toutes les 3 semaines.

III – Prolongations (maximum 12 mois):

En effet, il a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 6 mois sur base des conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, et le traitement s'est avéré efficace chez lui.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 17 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité SUSTANON pour une période de 12 mois, pour un traitement à raison, au maximum, d'1 ampoule toutes les 3 semaines.

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

	(nom)
--	-------

	(prénom)
--	----------

1	-		-		-		-		(n° INAMI)
---	---	--	---	--	---	--	---	--	------------

	/		/		(date)
--	---	--	---	--	--------



(cachet)

.....

(signature du médecin)