

Bijlage A

Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit met werkzaam bestanddeel testosteron (§ 6260000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1.02.2018)

I – Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer):

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de

endocrinologie,

pediatrie

verklaar dat de patiënt hierboven voldoet aan alle voorwaarden van § 6260000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1.02.2018 om de vergoeding van de behandeling van de specialiteit met werkzaam bestanddeel testosteron te verkrijgen:

II – 1ste aanvraag (maximum 12 maanden):

Inderdaad, de patiënt bevindt zich in de volgende situatie:

Een voorgeschiedenis van bilaterale gonadectomie uitgevoerd op ____ / ____ / _____ (dd/mm/jjjj)

of

Een bewezen en gedocumenteerde hypothalamo-hypofysaire of gonaden pathologie, verworven of aangeboren, met aanwezigheid een testosteron deficiëntie bewezen door twee doseringen van totaal en/of vrij testosteron 's morgens uitgevoerd, met een interval van ten minsten 15 dagen, geobjectiveerd door een bloedgehalte dat voor totaal en/of vrij testosteron onder de laboratoriumnorm ligt. In bijlage, voeg ik de protocollen van deze twee doseringen toe.

of

In het kader van genderdysforie, waarbij bij de patiënt een hormonale behandeling wordt opgestart, en waarbij deze een therapeutisch opvolging krijgt bij de arts-specialist in de endocrinologie en die een medisch verslag ter beschikking houdt van de adviserend arts.

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat voor deze patiënt de vergoeding tot maximaal 26 verpakkingen van 1 ampul van de specialiteit met werkzaam bestanddeel testosteron voor een eerste periode van 12 maanden noodzakelijk is.

III – Verlengingen (maximum 60 maanden):

Inderdaad, de patiënt heeft al een machtiging gekregen voor een vergoedbare behandeling van minstens 12 maanden op basis van de voorwaarden van § 6260000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1.02.2018, de indicatiestelling bleef ongewijzigd en de behandeling bleek doeltreffend te zijn..

Op basis van deze elementen, bevestig ik dat voor deze patiënt de vergoeding tot maximaal 130 verpakkingen van 1 ampul van de specialiteit met werkzaam bestanddeel testosteron voor een periode van 60 maanden noodzakelijk is.

IV – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIVnr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIVnr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)