

TERUGBETALINGSAAVRAAG BONVIVA® 150 MG, FILMOMHULDE TABLETTEN

(ibandroninezuur, Roche)

TER ATTENTIE VAN DE ADVISERENDE GENEESHEER

Naam van de patiënte:
Adres van de patiënte:
Naam van de verzekerde:
Verzekeringsorganisme / ziekenfonds:
Inschrijvingsnummer:

of kleeftbriefje van het ziekenfonds

Nieuwe patiënte

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verklaar dat deze gemenopauzeerde patiënte osteoporose heeft, bevestigd door:**
- OFWEL** een antecedent van een vertebrale fractuur gedefinieerd door een vermindering van ten minste 25% en ten minste 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek. (Protocol in bijlage.)
 - OFWEL** een T-score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DEXA). (Protocol in bijlage.)
- Op basis van deze elementen vraag ik aan de Adviserende Geneesheer de terugbetaling te aanvaarden voor een periode van 12 maanden (maximum 4 verpakkingen) van:**
Bonviva 150 mg 1x/maand (verpakking van 3 tabletten van 150 mg)

Verlenging van de behandeling met Bonviva 150 mg

- De verlenging van de behandeling met Bonviva 150 mg wordt aangevraagd voor een nieuwe periode van 12 maanden (maximum 4 verpakkingen)**
De patiënte bekwaam reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Bonviva 150 mg (attest nr: _____)

Overschakeling naar Bonviva 150 mg 1x/maand

- Deze patiënte is gemenopauzeerd en heeft osteoporose, dit rechtvaardigde de terugbetaling van een behandeling met:**
alendronaat of risedronaat of etidronaat of raloxifen (**schrappen wat niet past**)
attest nr: _____
- Ik vraag de overschakeling van behandeling naar:**
Bonviva 150 mg 1x/maand (verpakking van 3 tabletten van 150 mg) voor een periode van 12 maanden (maximum 4 verpakkingen)

Met collegiale groeten,

Datum: _____ Handtekening: _____

Stempel van de behandelende arts: