

**Aanvraagformulier voor de terugbetaling van Prolia® (denosumab)  
bij postmenopauzale osteoporose**

(paragraaf 5900100 van hoofdstuk IV van het KB van 21/12/2001)

**TER ATTENTIE VAN DE ADVISERENDE GENEESHEER**

**Identificatie van de rechthebbende** (naam, voornaam, inschrijvingsnummer)

Naam, voornaam:

Adres :

Ziekenfonds:

KLEEFSTROOKJE  
VAN DE MUTUALITEIT

**Eerste behandeling met Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden**

**Nieuwe patiënte**

- Ik, ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaar dat de specialiteit toegediend zal worden voor de behandeling van osteoporose bij een vrouw in de menopauze die aan ten minste één van de volgende voorwaarden voldoet:
- OFWEL** een antecedent van een wervelfractuur vertoont, gedefinieerd door een vermindering van minstens 25 % en van minstens 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. *(Het protocol is in bijlage toegevoegd)*
  - 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). *(Het protocol is in bijlage toegevoegd)*
- Op basis van deze elementen, vraag ik de toestemming tot terugbetaling aan voor Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden voor een duur van 12 maanden (max. 2 verpakkingen per jaar).

**Overschakeling naar Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden**

- Ik, ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaar dat de gemenopauzeerde patiënte, hierboven vermeld, osteoporose heeft en daarvoor eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling bekwam (behandeling en/of attest n°: .....)
- Ik vraag een wijziging aan van de huidige terugbetaling naar Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden voor een duur van 12 maanden (max. 2 verpakkingen per jaar).

**Verlenging van de behandeling met Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden**

- Ik, ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, vraag de verlenging aan van de terugbetaling van Prolia® 60 mg SC 1x/ 6 maanden voor een nieuwe periode van 12 maanden (max. 2 verpakkingen per jaar). De patiënte bekwam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Prolia® (attest nr: .....)

**Met collegiale groeten,**

**Identificatie van de behandelende geneesheer** (naam, voornaam, adres, tel, RIZIV nr)

Datum:

Handtekening:

STEMPEL