

# AANVRAAG VOOR TERUGBETALING VAN FOSAMAX® 10 mg

(natriumalendronaat, MSD)

## Ter attentie van de adviserende geneesheer

Verzekeringsinstelling : .....  
Nr.: .....  
Naam en voornaam van de patiënt : .....  
Adres: .....  
.....  
Naam van de gerechtigde: .....

of kleefstrookje van de mutualiteiten

### **Nieuwe patiënt :**

Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, bevestig dat deze **man** osteoporose heeft en aan **ten minste 2 van de 3 volgende** criteria beantwoordt :

**Een antecedent van een wervelfractuur gedefinieerd door een vermindering van minstens 25%, en van minstens 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voorste, achterste of middelste rand van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek.**  
Het protocol is toegevoegd.

**Een T-Score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie, van <-2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DEXA).**  
Het protocol is toegevoegd.

**Een T-Score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie, van <-1 ter hoogte van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DEXA).**  
Het protocol is toegevoegd.

Op grond van die elementen, verzoek ik aan de adviserende geneesheer de terugbetaling van FOSAMAX 10 mg voor 12 maanden toe te kennen.

### **Verlenging van FOSAMAX :**

Deze man kwam reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met FOSAMAX 10 mg (attest nr : ..... )

Het verderzetten van de behandeling met FOSAMAX 10 mg voor 12 maanden blijkt gerechtvaardigd.

Behandelende arts

Met collegiale groeten,

Datum : ..... /..... /.....

Handtekening :

Stempel

## Innamemodaliteiten



- **1 x per dag**



- **30 min. voor inname van eerste maaltijd, drank of andere geneesmiddelen**



- **Met een groot glas water**



- **Gedurende 30 min. na inname niet gaan liggen**