

Conditions de remboursement Fosamax 10 mg

Chapitre: IV

Sous-paragraphe: 2290200

La spécialité fait l'objet d'un remboursement s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de l'ostéoporose induite par des glucocorticoïdes chez une femme traitée de longue durée (plus de 3 mois) avec une dose orale journalière de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue.

Le remboursement est autorisé pour autant que la patiente concernée réponde au moins à une des deux conditions suivantes:

- soit la patiente doit être ménopausée sans substitution hormonale;
- soit la patiente doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, $< - 1,5$ mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

A cet effet, le médecin traitant établit un rapport circonstancié qui prouve que les conditions visées ci-dessus sont remplies et dans lequel il mentionne le principe actif, la dose journalière, la date de début et l'indication scientifique reconnue du traitement aux glucocorticoïdes. En outre, le cas échéant, il joint à sa demande le protocole de l'absorptiométrie radiologique.

Sur base de ces documents, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III de l'arrêté royal du 21.12.2001 et dont la durée de validité est limitée à une période maximale de douze mois.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum, chaque fois à la demande motivée du médecin traitant, qui confirme que la dose de glucocorticoïdes administrée journalièrement atteint au minimum 7,5 mg de prednisone ou équivalent.

Le remboursement simultané de la spécialité avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 ou avec un biphosphonate appartenant au groupe de remboursement B- 88 n'est jamais autorisé.

| | | |
|----------------------------|---|--|
| SOMMAIRE | Nom de la spécialité | FOSAMAX 10 mg Pour l'ostéoporose induite par des glucocorticoïdes |
| | Numéro de paragraphe | 22902 |
| NOUVEAU PATIENT | Le formulaire de demande standardisé (non spécifique) peut-il être utilisé? | Oui, vous pouvez utiliser le formulaire annexé |
| PATIENT DEJA TRAITÉ | Le changement de spécialité à l'intérieur du paragraphe est-il possible? | Non |
| | La prolongation automatique est-elle possible? | Non |

Formulaire "non-spécifique" pour la demande de remboursement*

FOSAMAX 10 mg

I – Identification du bénéficiaire:

Nom: _____

Prénom: _____

N°-NISS: _____

II – Éléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité

FOSAMAX 10 mg

Cochez la spécialité choisie

telles que ces conditions figurent au § 22902200** du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Il s'agit d'une première période d'autorisation;
- Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée, y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

III – Identification du médecin traitant:

Nom: _____

N° INAMI: 1- _____ - _____ - _____

Date: ____ / ____ / ____

SIGNATURE:

Cachet

(*) Le présent formulaire de demande de remboursement n'est utilisable que pour introduire une demande de remboursement pour une spécialité dont les conditions de remboursement fixées au chapitre IV n'imposent pas un formulaire de demande spécifique, et pour autant que l'autorisation de remboursement prévue soit un document dont le modèle est arrêté sous "b" ou "d" de l'annexe III de la liste.

(**) Le texte du paragraphe concerné est annexé avec le présent formulaire.