

Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité Prolia® (denosumab) dans l'ostéoporose post-ménopausique (§ 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I – Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

Je, soussigné, médecin responsable du traitement déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité Prolia®. Le remboursement simultané de Prolia® avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 (biphosphonates, raloxifène, strontium ranélate et teriparatide) ou avec un biphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est pas autorisé.

II – 1ère demande pour Prolia® dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique:

- La patiente souffre d'ostéoporose post-ménopausique et répond à au moins une des conditions suivantes :
 - Présente un antécédent de fracture vertébrale définie par une réduction d'au moins 25% et d'au moins 4 mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée démontré par un examen radiologique. Le protocole de l'examen radiologique est joint en annexe.
 - Présente un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < - 2,5 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 d'absorptiométrie radiologique à double énergie (DEXA). Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joint en annexe.

Sur base de ces éléments, je demande d'accorder le remboursement de Prolia® 60 mg SC 1x/6 mois, pour une période de 12 mois (max. 2 conditionnements).

- La patiente a une autorisation de remboursement valable du traitement remboursé en chapitre IV pour le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. L'autorisation est jointe en annexe.

III – Prolongation de l'autorisation de remboursement de Prolia®:

La patiente a déjà obtenu l'autorisation de remboursement du traitement d'au moins 12 mois par Prolia® sur base des conditions du § 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 (n° d'attestation:) et la continuation du traitement est médicalement justifiée.

Sur base de ces éléments, je sollicite la prolongation du traitement par Prolia® 60 mg SC 1x/6 mois pour une nouvelle période de 12 mois (max. 2 conditionnements par an).

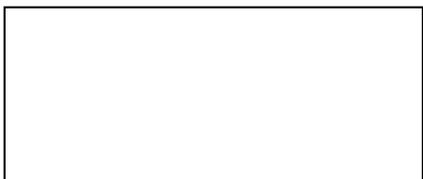
IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adress, n° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)