

# Terugbetalingsaanvraag ACTONEL®

(natriumisedronaat, Procter&Gamble Pharmaceuticals)

## Ter attentie van de adviserend geneesheer

Naam van de patiënte : .....  
 Adres van de patiënte : .....  
 Naam van de gerechtigde : .....  
 Verzekeringsinstelling/ziekenfonds : .....  
 Aansluitingsnr : .....

### NIEUWE PATIËNTE

■ Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat deze menopauzale patiënte osteoporose heeft. Dit wordt bevestigd door :

Een antecedent van een wervelfractuur gedefinieerd door een reductie van ten minste 25 % en van 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. (Zie bijgevoegd protocol).

**OF**

Een T-score < -2,5 (berekend ten opzichte van de vrouwelijke referentiepopulatie) 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 absorptimetrie met dubbele energie (DEXA). (Zie bijgevoegd protocol).

■ Op grond van deze elementen verzoek ik aan de adviserend geneesheer de terugbetaling van :

- ACTONEL 35 mg wekelijks (verpakking met 12 tabletten van 35 mg)
- ACTONEL 5 mg (dagelijks : verpakking met 84 tabletten van 5 mg) voor ..... maanden (max. 12 maanden)

### VERLENGING VAN ACTONEL

■ De patiënte ontving reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met ACTONEL (attest nr.....)

■ De verlenging van de behandeling met ACTONEL blijkt gerechtvaardigd

- ACTONEL 35 mg wekelijks (verpakking met 12 tabletten van 35 mg)
- ACTONEL 5 mg (dagelijks : verpakking met 84 tabletten van 5 mg) voor ..... maanden (max. 12 maanden)

### VERANDERING NAAR ACTONEL 35 mg WEKELIJKS of 5 mg

■ Deze patiënte is menopauzaal en osteoporotisch. Dit rechtvaardigt de terugbetaling van een behandeling met : ACTONEL 5 mg of ACTONEL 35 mg wekelijks of etidronaat of raloxifeen of alendronaat (overbodige vermeldingen doorstrepen) volgens attest nr.....

■ Ik verzoek een wijziging van de behandeling naar :

- ACTONEL 35 mg wekelijks (verpakking met 12 tabletten van 35 mg)
- ACTONEL 5 mg (dagelijks : verpakking met 84 tabletten van 5 mg) voor ..... maanden (max. 12 maanden)

Stempel van de behandelend geneesheer

Met collegiale groeten,

Datum : .....

Handtekening :