

**AANVRAAG TERUGBETALING
ACTONEL 30mg**

Ter attentie van de adviserende geneesheer
Naam van de patiënte:
Adres van de patiënte:
Naam van de verzekerde:
Mutualiteit:
Inschrijvingsnummer:

NIEUWE PATIËNT

Ik onderzoekende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat deze patiënt de botziekte van Paget heeft. De patiënt vertoont:

hetzij een klinische actieve symptomatologie van de ziekte van Paget (pijn, osteolytische letsels, fractures, botmisvormingen, zenuwcompressies, ...) en de alkalische fosfatasen overschrijden de hoogste grens van het normale van de gebruikelijke doseringsmethode

hetzij een klinische asymptomatologie met radiologische letsels van Paget:

- A) als bij een patiënt jonger dan 50 jaar, de alkalische fosfatasen de hoogste grens van het normale van de gebruikelijke doseringsmethoden overschrijden ;
- B) als bij een patiënt ouder dan 50 jaar, de alkalische fosfatasen het dubbele overschrijden van de hoogste grens van het normale van de gebruikelijke doseringmethode.

Ik voeg in bijlage de resultaten van de verrichte onderzoeken. Op grond van deze documenten, verzoek ik de adviserende geneesheer de terugbetaling van Actonel 30mg (verpakking van 28 tabletten) voor maand(en) voor. (max. 2)

RECIDIEVE PATIËNT :

Ik verklaar dat de boven vermelde patiënt een recidief vertoont en dat een minimale periode van 2 maanden is verstreken gedurende dewelke geen Actonel 30mg werd toegediend.

Ik voeg in bijlage de resultaten van de verrichte onderzoeken. Op grond van deze documenten, verzoek ik de adviserende geneesheer de terugbetaling van Actonel 30mg (verpakking van 28 tabletten) voor maand(en) voor. (max. 2)