

AANVRAAG VOOR TERUGBETALING VAN FOSAMAX®

(natriumalendronaat, MSD)

Ter attentie van de adviserende geneesheer

Verzekeringsinstelling:
Nr:
Naam en voornaam van de patiënt:
Adres:
.....
Naam 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 (verpakking van 28 tab. / 10 mg) voor 12 maanden toe te kennen.

Verlenging van FOSAMAX:

Deze man bekwaam 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,

Stempel

Datum: / /

Handtekening: