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 patiënte:

Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, bevestig dat deze gemenopauzeerde patiënte osteoporose heeft. Dit wordt bevestigd door:

❑ **Een antecedent van een wervelfractuur gedefinieerd door een reductie van ten minste 25%, en 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.** Het protocol is toegevoegd.

OF

❑ **Een T-Score < -2,5 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 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)

❑ FOSAMAX 70 mg (Wekelijks - verpakking van 4 tab./70 mg)

voor 12 maanden.

● Verlenging van FOSAMAX:

De patiënte bekwam reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met FOSAMAX (attest nr: ……..……).

Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, bevestig dat de behandeling met:

❑ FOSAMAX 10 mg (verpakking van 28 tab./10 mg)

❑ FOSAMAX 70 mg (Wekelijks - verpakking van 4 tab./70 mg)

voor dezelfde indicatie dient verdergezet te worden. De hernieuwing van de toelating voor 12 maanden blijkt gerechtvaardigd.

Behandelende arts

Stempel

Met collegiale groeten,

Datum: ..... /..... /.....

Handtekening:

® Registered Trademark of Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, USA.

06-03-FSM-02-B-0212-BL