

1

Demande de remboursement



Ostéoporose postménopausique

Nom du patiente :

Adresse :

Nom de l'assurée :

Nom de la mutualité :

Numéro d'inscription :

— de préférence, apposer une vignette —

Nouvelle patiente

- Je soussigné, Docteur en Médecine, sollicite l'autorisation pour le remboursement d'Aclasta® 5 mg pour une période d'un an (maximum 1 conditionnement par an) pour la patiente ménopausée mentionnée ci-dessus, qui présente une **ostéoporose** et qui répond à au moins une des trois conditions suivantes :
- SOIT un antécédent de *fracture vertébrale* définie par une réduction d'au moins 25% et d'au moins 4mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée, démontré par un examen radiologique;
- SOIT un antécédent de *fracture de la hanche*;
- SOIT 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 de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

Je joins le protocole de la radiographie ou de l'absorptiométrie radiologique.

Changement vers Aclasta® 5 mg

- Je soussigné, Docteur en Médecine, sollicite un changement du remboursement du traitement actuel vers le remboursement d'Aclasta® 5 mg pour une période de 12 mois (maximum 1 conditionnement par an) pour la patiente ménopausée mentionnée ci-dessus.

(Traitement actuel et/ou N° d'attestation :

Prolongation du remboursement d' Aclasta® 5 mg

- Je soussigné, Docteur en Médecine, sollicite la prolongation du remboursement Aclasta® 5 mg pour une nouvelle période de 12 mois (maximum 1 conditionnement par an). La patiente a déjà reçu l'autorisation de remboursement du traitement par Aclasta® 5 mg IV.

(N° d'attestation :

Commentaires :

Bien fraternellement,

Date :

Signature :

Cachet du médecin traitant