



Ostéoporose MASCULINE

Nom du patient :

Adresse :

Nom de l'assuré :

Nom de la mutualité :

Numéro d'inscription :

— de préférence, apposer une vignette —

Nouveau patient

- Je soussigné, Docteur en Médecine, sollicite l'autorisation du remboursement d' Aclasta® 5 mg pour une période d'un an (maximum 1 conditionnement par an) pour le patient mentionné ci-dessus qui présente une **ostéoporose** et
- qui présente un antécédent d'une *fracture de la hanche*
OU
- qui répond à *au moins deux* des *trois facteurs* de risques suivants :
- SOIT un antécédent de *fracture vertébrale* définie par une réduction d'au moins 25% et d'au moins 4 mm 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 *T-score*, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2,5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;
 - SOIT un *T-score*, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau 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 le patient mentionné ci-dessus, qui présente une ostéoporose.

(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). Le patient a déjà reçu l'autorisation de remboursement du traitement par Aclasta® 5 mg IV.

(N° d'attestation :))

Commentaires :

Bien confraternellement,

Date :

Signature :

Cachet du médecin traitant