

Demande de remboursement

(paragraphe 3520000 du chapitre IV de l'AR du 21/12/2001)

A l'attention du Médecin conseil

Nom et Prénom :

Adresse :

Mutuelle :

N° d'inscription :

— De préférence apposer une vignette —

Le soussigné, Docteur en médecine, demande au Médecin Conseil le remboursement d'**Aclasta® 5mg**, solution pour perfusion.

J'atteste que le patient dont l'identité est mentionnée ci-dessus est atteint de la maladie de Paget et apporte les éléments de preuve suivants pour étayer ma demande (résultats des examens joints à cette demande de remboursement) :

Patient symptomatique

- Preuve clinique d'une symptomatologie active (douleur, fracture, malformation osseuse, ...)
- Des phosphatases alcalines dépassant la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisée

Patient asymptomatique de moins de 50 ans

- Preuve radiographique de la présence de lésion(s) pagétique(s)
- Des phosphatases alcalines dépassant la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisée

Patient asymptomatique de plus de 50 ans

- Preuve radiographique de la présence de lésion(s) pagétique(s)
- Des phosphatases alcalines d'une valeur supérieure au double de la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisée

Salutations confraternelles,

Date :/...../.....

Signature :

Cachet

Indications pour le patient

Votre médecin vous prescrit un traitement par Aclasta. Ce médicament est remboursable selon les règles suivantes:

1. Remettez ce document au Médecin-Conseil de votre mutuelle
2. Si son avis est favorable, la mutuelle vous remettra une autorisation de remboursement d'Aclasta. Cette autorisation vous donne droit au remboursement d'**une** perfusion d'Aclasta, valide pour une période de 2 mois maximum
3. Cette autorisation doit être montrée au pharmacien avec la prescription d'Aclasta
4. Une renouvellement du remboursement doit être demandé par votre médecin