

# Terugbetalingsaanvraag

(Paragraaf 3520000 van hoofdstuk IV van KB van 21/12/2001)

Ter attentie van de Adviserend Geneesheer

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Ziekenfonds: .....

Inschrijvingsnummer: .....

— Bij voorkeur een vignet kleven —

Ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verzoekt de Adviserend Geneesheer om de terugbetaling van **Aclasta® 5mg**, oplossing voor infusie.

Ik bevestig dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan de ziekte van Paget en breng de volgende elementen aan om mijn aanvraag te steunen (resultaten van onderzoeken in bijlage van deze terugbetalingsaanvraag):

**Voor de symptomatische patiënten**

- Bewijs van een klinische actieve symptomatologie van Paget (pijn, fracturen, ...)
- Serum alkalische fosfatasen (SAP) hoger dan de bovenste grens van de normale waarden van gebruikte doseringsmethode

**Voor de asymptomatische patiënten die jonger dan 50 jaar zijn**

- Radiologische letsels van Paget
- SAP hoger dan de bovenste grens van de normale waarden van gebruikte doseringsmethode

**Voor de asymptomatische patiënten die ouder dan 50 jaar zijn**

- Radiologische letsels van Paget
- SAP 2 keer hoger dan de bovenste grens van de normale waarden van de gebruikte doseringsmethode

Met collegiale groeten,

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

Handtekening:

Stempel

## Richtlijnen voor de patiënt

**Uw geneesheer heeft u een behandeling met Aclasta voorgeschreven. Dit geneesmiddel wordt terugbetaald volgens de hierna vermelde regels:**

1. Overhandig dit formulier aan de Adviserend Geneesheer
2. Bij een gunstig advies zal uw mutualiteit u een toelating voor de terugbetaling van Aclasta bezorgen. Deze toelating geldt voor de terugbetaling van **één** infusie van Aclasta (voor een periode van maximum 2 maanden)
3. Deze toelating dient samen met het voorschrift van Aclasta aan de apotheker getoond te worden
4. De hernieuwing van de terugbetaling moet gedaan worden door uw behandelend geneesheer