

# Terugbetalingsaanvraag

## Osteoporose bij MAN

Naam van de patiënt: .....

Adres: .....

.....

Naam van de verzekerde: .....

Naam ziekenfonds: .....

Inschrijvingsnummer: .....

— bij voorkeur kleefbriefje aanbrengen —

### Nieuwe patiënt

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de toestemming tot terugbetaling aan voor Aclasta® 5 mg voor een periode van één jaar (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde patiënt met **osteoporose**, die
- een antecedent van een *heupfractuur* vertoont OFWEL
- twee van de drie volgende *risicofactoren* heeft:
- OFWEL een antecedent van een *wervelfractuur*, gedefinieerd door een vermindering van minstens 25%, en minstens 4mm 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;
  - OFWEL een *T-score*, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie;
  - OFWEL een *T-score*, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < -1 ter hoogte van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

Ik voeg het verslag van de radiografie of van de radiologische absorptiometrie toe.

### Overschakeling naar Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag een wijziging aan van de terugbetaling van de huidige behandeling naar de terugbetaling van Aclasta® 5 mg voor een periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde patiënt met osteoporose.
- (Huidige behandeling en/of attestnr: .....) )

### Verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg aan voor een nieuwe periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar). De patiënt bekam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Aclasta® 5 mg IV.
- (Attestnr. indien beschikbaar: .....) )

Commentaar: .....

.....

Met collegiale groeten,

Datum: .....

Handtekening: .....

.....

Stempel van de behandelende arts

Reset