

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité PREOTACT pour une ostéoporose sévère (§ 4310000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

- Un remboursement préalable d'au moins 12 mois avec un biphosphonate ou un SERM, et
- 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 d'absorptiométrie radiologique à double énergie effectué au maximum 6 mois avant la demande de remboursement, et
- Au moins 2 fractures vertébrales, définies 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 des vertèbres considérées, démontré par un examen radiologique ; Au moins une des deux fractures est survenue après 12 mois de thérapie avec un biphosphonate ou un SERM.

Je joins au présent formulaire le protocole de la radiographie et de l'absorption radiologique à double énergie.  
Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil le remboursement de PREOTACT à 100 microgrammes par jour pour une période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à 10.

La patiente souffre d'une ostéoporose sévère comme défini ci-dessus et a été traitée par un  
biphosphonate – attestation N° .....  
ou par un SERM – attestation N° .....

**III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

\*\*\*\*\*

(signature du médecin)