

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité PROLIA (denosumab) dans l'ostéoporose post-ménopausique
(§ 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

Le remboursement simultané de PROLIA® avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 (biphosphonates, raloxifène, ranélate de strontium et teriparatide) ou avec un biphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est pas autorisé.

La patiente souffre d'ostéoporose post-ménopausique et répond à au moins une des conditions suivantes :

- ☐ Présente 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. Le protocole de l'examen radiologique est joint en annexe.
- ☐ Présente 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 récent réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (DXA) et datant de moins de six mois. Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joint en annexe.

Sur base de ces éléments, je demande d'accorder le remboursement de PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois, pour une période de 12 mois (max. 2 conditionnements).

La patiente a déjà obtenu l'autorisation de remboursement du traitement d'au moins 12 mois par PROLIA sur base des conditions du § 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 (n° d'attestation :) et la continuation du traitement est médicalement justifiée.

Sur base de ces éléments, je sollicite la prolongation du traitement par PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois pour une nouvelle période de 12 mois (max. 2 conditionnements par an).

_____ (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

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

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

--	--

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)