Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité PROLIA (denosumab) dans l'ostéoporose post-ménopaus (§ 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)	sique
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):	
Je, soussigné, médecin traitant, déclare que la patiente ci-dessus remplit toutes les conditions du § 5900100 du chapitre IV de la 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité PROLIA.  Le remboursement simultané de PROLIA® avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement E (biphosphonates, raloxifène, ranélate de strontium et teriparatide) ou avec un biphosphonate appartenant au groupe remboursement B-88 n'est pas autorisé.	3-230
□ II – 1ère demande pour PROLIA <sup>®</sup> dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique:	
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 absolu la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée, démontré par un examen radiologique 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-L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen récent réalisé par la technique de l'absorption radiologique à double énergie (DXA) et datant de moins de six mois. Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joir annexe.	e. Le _4 ou nétrie
Sur base de ces éléments, je demande d'accorder le remboursement de PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois, pour une période de 12 (max. 2 conditionnements).	mois
☐ III – Prolongation de l'autorisation de remboursement de PROLIA:	
La patiente a déjà obtenu l'autorisation de remboursement du traitement d'au moins 12 mois par PROLIA sur base des conditions 5900100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 (n° d'attestation :) et la continuation du traitemen médicalement justifiée.	du § t est
Sur base de ces éléments, je sollicite la prolongation du traitement par PROLIA 60 mg SC 1x/6 mois pour une nouvelle période c mois (max. 2 conditionnements par an).	le 12
IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):	
1 -       -     (n°INAMI)	
/	
(CACHET)(SIGNATURE DU MÉDECIN)	

Annexe A: