

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

\_\_\_\_\_

Je soussigné, spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que cette patiente a déjà obtenu le remboursement de la spécialité PREOTACT pour le traitement pendant au moins 9 mois de l'ostéoporose sévère et qu'elle remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation :

Je joins à la présente le protocole d'un nouvel examen d'absorptiométrie radiologique à double énergie démontrant une amélioration du T-score.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil le remboursement de PREOTACT à 100 microgrammes par jour pour une dernière période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires pour cette période à 10.

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

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

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)