

Formulier voor aanvraag

Formulier voor de aanvraag tot terugbetaling van Prolia® (denosumab) voor de behandeling van botverlies gerelateerd aan de hormoonablatie bij een man met prostaatkanker (§ 5900200 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

Ik, ondergetekende, behandelende arts, attesteer dat de hierboven vermelde patiënt alle voorwaarden vervult van § 5900200 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001 voor de terugbetaling van een behandeling met de specialiteit Prolia® . De gelijktijdige vergoeding van Prolia® met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroep B-230 (bisfosfonaten, raloxifen, strontiumranelaat en teriparatide) of met een bisfosfonaat behorend tot de vergoedingsgroep B-88 of B-279 is niet toegestaan.

II – Eerste aanvraag voor de behandeling van botverlies gerelateerd aan de hormoonablatie:

De patiënt heeft prostaatkanker en heeft ofwel een orchidectomie ondergaan, of ondergaat een behandeling met GnRH-agonisten of -antagonisten, en voldoet bovendien aan tenminste één van de volgende voorwaarden :

- vertoont een antecedent van een wervelfractuur, gedefinieerd door een vermindering van minstens 25 % en van minstens 4 mm 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. Het protocol van de radiographie werd bij deze aanvraag bijgevoegd.
- vertoont 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 (DXA). Het protocol van de radiologische absorptiometrie werd bij deze aanvraag bijgevoegd.
- vertoont 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 (DXA). Het protocol van de radiologische absorptiometrie werd bij deze aanvraag bijgevoegd.

Op basis van deze elementen vraag ik de toestemming tot terugbetaling aan voor Prolia® 60 mg SC 1x/6 maanden voor een duur van 12 maanden (max. 2 verpakkingen per jaar).

III – Verlenging machtiging tot terugbetaling van Prolia®:

De patiënt bekwam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Prolia® van minstens 12 maanden op basis van de voorwaarden uit § 5900200 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001 (attest n°:) en de voortzetting van de behandeling is medisch gerechtvaardigd.

Op basis van deze elementen vraag ik de verlenging aan van de terugbetaling van Prolia® 60 mg SC 1x/6 maanden voor een nieuwe periode van 12 maanden (max. 2 verpakkingen per jaar).

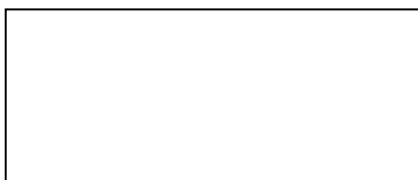
IV – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

Formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité Prolia® (denosumab) dans le traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif chez un homme atteint de cancer de la prostate (§ 5900200 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d’inscription):

Je, soussigné, médecin traitant, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 5900200 du chapitre IV de l'A.R. du 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 B-230 (biphosphonates, raloxifène, ranélate de strontium et teriparatide) ou avec un biphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 ou B-279 n'est pas autorisé.

II – 1ère demande pour le traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif:

Le patient atteint un cancer de la prostate et a subi un orchietomie, ou suit un traitement par des agonistes ou antagonistes de la GnRH 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 masculine, < - 2,5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (DXA). Le protocole de l'absorptiométrie radiologique est joint en annexe.
- Présente un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < - 1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (DXA). 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).

III – Prolongation de l'autorisation de remboursement de Prolia®:

Le patient a déjà obtenu l'autorisation de remboursement du traitement d'au moins 12 mois par Prolia® sur base des conditions du § 5900200 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).

IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)