Bijlage A:

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 aile 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 B88 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 orchiëctomie 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 recent onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DXA) en dat minder dan 6 maanden oud is. 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 recent onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DXA) en dat minder dan 6 maanden oud is. 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)