

Formulier voor een aanvraag tot verlenging van de vergoeding van de specialiteit op basis van Teriparatide bij ernstige glucocorticoïden-geïnduceerde osteoporose bij een vrouw of een man (§ 6140000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01 februari 2018).

_____ (Naam)

| (Voornaam)

| (V.I)

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, in fysiotherapie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de rechthebbende de vergoeding heeft bekomen voor de specialiteit op basis van Teriparatide gedurende 9 maanden voor ernstige glucocorticoïden-geïnduceerde osteoporose en momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging :

Ik voeg aan de huidige aanvraag een nieuwe absorptiometrie toe die een verbetering van de T- score aantoont.

Op basis van deze elementen verzoek ik de adviserende arts de vergoeding van de specialiteit op basis van Teriparatide aan een dosis van 20 microgram per dag, voor een tweede en laatste periode van 9 maanden, wat overeenkomt met tien verpakkingen, toe te staan.

_____ (Naam)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Voornaam)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (N° RIZIV)

| | | / | | | / | | | | (Datum)

(Stempel)

..... (Handtekening van de arts).