ANNEXE A : Première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de rélugolix, estradiol (sous forme hémihydratée) et acétate de noréthistérone **pour le traitement des femmes préménopausées dans le but de conserver l'utérus** (§11510000 du chapitre IV de la liste jointe de l'Arrêté Royal du 1 février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom. prénom. numéro d'affiliation chez l'O.A.) :

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin traitant spécialiste en gynécologie :

Je soussigné, médecin spécialiste en gynécologie, responsable du traitement, sollicite auprès du médecin-conseil le remboursement de 9 conditionnements de 84 comprimés de cette spécialité pour une période maximale de 108 semaines, pour le traitement des symptômes modérés à sévères de fibromes utérins chez une femme préménopausée dans le but de conserver l'utérus.

Il s'agit d'une première demande d'autorisation, cette bénéficiaire n'a jamais encore reçu de remboursement pour cette spécialité sur base du présent paragraphe 11510000.

J'atteste que la bénéficiaire mentionnée ci-dessus est préménopausée, qu'elle a au moins un fibrome et qu'elle souffre, dû à cette situation de symptômes modérés à sévères:

⊔ ménorragies (> 120ml de perte de sang menstruel) démontrée par un score PBAC** total supérieur à 150 au cours d'un cycle menstruel. (** score PBAC : voir Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol.'l990Aug;97(8):734-9. URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/i.1471-0528.1990.tb16249.x/abstract)

⊔ et/ou de douleurs dysfonctionnelles

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que la bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage à ne pas poursuivre le traitement remboursé après le premier conditionnement de 84 comprimés s'il s'avère ne pas être efficace*.
(*efficacité : aucun épisode de saignements abondants et un maximum de 8 jours de saignements, spotting non inclus)

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)