ANNEXE B : MODELE DE FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE PROLONGATION

Formulaire de demande pour une prolongation du remboursement pour la 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 nouvelle demande d'autorisation de 108 semaines, cette bénéficiaire a déjà reçu un remboursement pour cette spécialité sur base du présent paragraphe 11510000 et le traitement a été efficace*.
(*efficacité : aucun épisode de saignements abondants et un maximum de 8 jours de saignements, spotting non inclus)

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.

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

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

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

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

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |