ANNEXE A : MODELE DE FORMULAIRE DE DEMANDE

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base de rélugolix, estradiol (sous forme hémihydratée) et acétate de noréthistérone **pour le traitement chez une femme de plus de 18 ans et en âge de procréation dans le but de conserver la fertilité** (§11520000 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 âgée de plus 18 ans et en âge de procréation dans le but de conserver la fertilité :

☐ - Il s'agit d'une première demande d'autorisation:
La bénéficiaire n'a pas encore reçu de remboursement pour cette spécialité.

☐ - Il s'agit d'un renouvellement unique d'autorisation :

Je confirme que cette bénéficiaire a reçu une première autorisation de remboursement de 108 semaines sur base des conditions du §11520000. Je confirme l'efficacité* de cette spécialité chez la bénéficiaire concernée ainsi que la réapparition de la situation telle que décrite à l'alinéa suivant.

J'atteste que la bénéficiaire mentionnée ci-dessus a au moins 18 ans et est en âge de procréer, 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 de plus de 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)

Version valable à partir du 01.07.2022