

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door de behandelende arts :

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gynaecologie, verantwoordelijk voor de behandeling, verzoek de adviserend arts om de vergoeding van 9 verpakkingen van 84 tabletten van deze specialiteit toe te staan voor een maximale periode van 108 weken, voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterine myomen bij een premenopauzale vrouw met als doel de baarmoeder te behouden.

Het gaat om een eerste machtigingsaanvraag, deze rechthebbende heeft nog geen vergoeding genoten van deze specialiteit op basis van de huidige paragraaf 11510000.

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende premenopauzaal is met minstens 1 myoom en dat ze als gevolg van deze aandoening lijdt aan matige tot ernstige symptomen:

☐ menorrhagie (> 120ml menstrueel bloedverlies) aangetoond door een totale PBAC score** gedurende één menstruele cyclus van meer dan 150. (**PBAC score: zie Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol. 1990Aug;97(8):734-9. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1990.tb16249.x/abstract>)

☐ En/of dysfunctionele pijn

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Ik verbind mij ertoe de vergoede behandeling niet voort te zetten na de eerste verpakking van 84 tabletten indien deze niet doeltreffend* is. (* doeltreffendheid: geen episodes van hevig bloeden en een maximum van 8 dagen bloeden, spotting niet inbegrepen)

III. Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / ____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)