

Nexviadyme® (Avalglucosidasum alfa 100mg)**Demande de prolongation**

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

[Limitation voir SL](#)**Données de la patiente / du patient:**Nom: Prénom: Né(e) le: Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse: NPA: Lieu: **Assurance:** N° d'assurance: Adresse assureur (service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse: NPA: Lieu: Début du traitement par Nexviadyme (JJ/MMMM/AAAA): **Annexe à la demande (extrait de la limitation):**

La demande de prolongation de la garantie de prise en charge pour 12 mois supplémentaires est soumise par le médecin traitant à l'assureur. L'assureur consulte le médecin-conseil avant la décision concernant la garantie de prise en charge. Le médecin-conseil reçoit du médecin traitant un résumé signé et daté des paramètres d'évaluation des trois dernières dates d'examen. La garantie de prise en charge doit être examinée en l'espace de 20 jours ouvrables. Cela doit assurer la continuité du traitement des patients. Remarque: Dans le cas d'une documentation incomplète, le délai de 20 jours pour le traitement du dossier ne peut pas être respecté.

- Le résumé requis (test musculaire, épreuve de marche, fonction pulmonaire) est joint à la demande; il n'y a pas eu d'aggravation de plus de 10% dans deux des trois catégories d'examen.
- Ni les critères principaux requis, ni les critères accessoires ne suffisent pour une évaluation. La demande de prolongation de la garantie de prise en charge est soumise dans le sens d'une exception en raison d'un contrôle de plausibilité. Celui-ci est globalement jugé positif (voir Remarques). Les valeurs des critères de plausibilité requis sont annexées.

Remarques:**Médecin**Nom: Prénom: Rue: NPA: Lieu: Tél. Fax: E-Mail: Dans le cas d'un hôpital, indiquer aussi le nom de l'hôpital : Service: Date: