

Myozyme® (Alglucosidasum alfa 50mg)

Domanda di prolungamento

Domanda di garanzia di pagamento al medico di fiducia

[Limitazione \(Pubblicazione ES\)](#)

Dati personali del/della paziente:

Cognome: Nome: Data di nascita:

Sesso: ♀ ♂ Via: Indicazioni aggiuntive:

NPA: Luogo:

Assicuratore malattie: N. d'assicurato:

Indirizzo dell'assicuratore (SMF o medico di fiducia): Indic. aggiuntive:

NPA: Luogo:

Inizio del trattamento con Myozyme (GG/MM/AA):

Allegato alla domanda (estratto della limitazione):

Il medico curante presenta domanda di prolungamento di altri 12 mesi della garanzia di pagamento all'assicuratore malattie. Prima di decidere in merito alla garanzia di pagamento, l'assicuratore malattie consulta il medico di fiducia. **Quest'ultimo riceve dal medico curante un riassunto firmato e datato dei parametri di valutazione delle ultime tre visite.** La domanda di garanzia di pagamento dev'essere esaminata entro 20 giorni lavorativi, in modo da garantire la continuità terapeutica per i pazienti. **Nota:** in caso di documentazione incompleta, il termine previsto di 20 giorni non potrà essere rispettato.

- Il riassunto richiesto (test muscolare, test di deambulazione, funzione polmonare) è fornito in allegato; non è stato osservato un peggioramento superiore al 10% in due delle tre categorie d'esame.
- Né i criteri principali richiesti, né quelli secondari sono sufficienti per la valutazione. Si richiede, in via eccezionale, il prolungamento della garanzia di pagamento in base a un controllo di plausibilità. Nel complesso, quest'ultimo è valutato positivamente (vedere Osservazioni). I valori dei criteri di plausibilità richiesti sono forniti in allegato. Link alle scale di valutazione: <https://www.swisspomperistry.ch/downloads>

Osservazioni:

Medico:

Cognome: Nome:

Via: NPA: Luogo:

Tel. Fax: E-mail:

Nome dell'Ospedale, se pertinente: Reparto:

Data:

Timbro/Firma: