

Formulaire de prolongation de remboursement de la spécialité COPAXONE (§ 1310100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

- neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus, a reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité COPAXONE pour un sclérose en plaque.

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 13 conditionnements remboursés, a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie ci-dessous:

En effet, il s'agit:

- ☐ d'un patient qui a présenté une sclérose en plaques se caractérisant par une seule poussée, chez qui la dissémination dans le temps et dans l'espace a été démontrée.
- ☐ d'un patient qui a présenté une sclérose en plaques de type relapsing-remitting et chez qui l'efficacité a été démontrée par l'absence d'une évolution défavorable:

J'atteste qu'un score de 7 ou plus sur l'échelle EDSS n'a pas persisté pendant au moins 6 mois.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite le remboursement d'un traitement avec la spécialité COPAXONE 20mg/ml à raison de 13 conditionnements pour une nouvelle période de 12 mois.

3 - Identification du médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie:

Nom ██

Prénom

N° INAMI 1-0000000 - 00 - 0000

Date MM / MM / YYYY

.....

Signature du médecin

Cachet