

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité BETAFERON (§ 4950000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

- ↳ neurologie

- neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité BETAFERON pour une sclérose en plaques.

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:

Il s'agit:

U d'un patient qui a présenté une sclérose en plaques se caractérisant par **une seule poussée**, chez qui la dissociation dans le temps et dans l'espace a été démontrée.

U d'un patient qui a présenté une **sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting** , et dont l'efficacité est démontrée par l'absence d'évolution péjorative.

U d'un patient souffrant d' une **sclérose en plaques en phase secondairement progressive** et qui présente encore occasionnellement des poussées; J'atteste que ce patient a encore présenté une ou des poussées durant les deux années précédant ce renouvellement;

Date de la dernière exacerbation: / /

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

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

[illegible][illegible]

1-uuuuuu-uu-uuu (N° INAMI)

uu / uu / uuuuu (DATE)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)