## ANNEXE A : Modèle de formulaire de première demande

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

## 1 - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

## 2 - Eléments à attester par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en  $\ensuremath{\sqcup}$  neurologie

□ neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au point a) 1 et a) 2 du § 1310100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

conditions relatives au diagnostic posé avec les critères les plus récents de McDonald conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur ou égal à 6,5 à l'EDSS

⊔ le patient présente une sclérose en plaques se caractérisant par une seule poussée, chez qui la dissémination dans le temps et dans l'espace a été démontrée

⊔ le patient est atteint d'une sclérose en plaques de type relapsing-remitting.

J'atteste que le patient présente actuellement un score de 6,5 ou moins sur l'échelle EDSS.

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

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

Prénom N° INAMI Date	1-000000000000000000000000000000000000		
			_
Signature du médecin		Cachet	