ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité EXTAVIA (§ 5040000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

I	<u>I – Eléments</u>	<u>à attes</u>	<u>ter par un</u>	médecin	<u>spécialiste</u>	en neurolo	gie ou e	n neuropsy	<u>/chiatrie</u> :
							_		

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ⊔ neurologie ⊔ neuropsychiatrie certifie que le patient mentionné ci-dessus :							
a présenté au moins <u>un évènement démyélinisant accompagné d'un processus inflammatoire actif</u> , suffisamment sévère pou avoir nécessité un traitement par corticostéroïdes par voie intraveineuse, et qu'il remplit la condition figurant au point a) 1° du § 504000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001: Présence d'au moins 9 lésions T2 et d'au moins une lésion marquée avec le gadolinium sur l'IRM.							
□ est atteint d'une sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting, cliniquement prouvée, et qu'il remplit simultanément toutes le conditions figurant au point a) 2° du § 5040000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001: Conditions relatives à la positivité d'au moins deux des tests suivants : examen du liquide de ponction lombaire, potentiels évoqués RMN; Conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur ou égal à 5,5 à l'EDSS (échelle de Kurtze); Conditions relatives au fait d'avoir présenté deux exacerbations durant les deux dernières années;							
est atteint d'une <u>sclérose en plaques de la forme secondairement progressive</u> , cliniquement prouvée, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) 3° du § 5040000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001: Conditions relatives à la positivité d'au moins deux des tests suivants : examen du liquide de ponction lombaire, potentiels évoqué RMN; Conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur à 6,5 à l'EDSS (échelle de Kurtze); Conditions relatives au fait d'avoir présenté deux exacerbations durant les deux dernières années.							
De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité EXTAVIA à raison de 1 conditionnements pour une première période de 12 mois.							
II – Identification du médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :							
มนนนนนนนนนนนนนนนนนนน (nom) มนนนนนนนนนนนนนนนนนนน (prénom) I-นนนนน-นน-นนน (N°INAMI)							
JU/UU/UUUU (DATE)							
(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)							