

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

- neuropsychiatrie

conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur ou égal à 6,5 à l'EDSS

☐ 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.

Date / /

Signature du médecin

Cachet