ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité REBIF (§ 2390000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

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

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

⊔ neurologie

□ neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus -remplit les conditions figurant au point a) 1 et a) 2 du § 2390000 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 présente une sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting.

u le patient souffre d'une sclérose en plaques de la forme secondairement progressive et présente encore occasionnellement des poussées;

Date de la dernière exacerbation: பப / பப / பபபப

J'atteste qu'un conditionnement de thérapie préalable comprenant

⊔ 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 22µg/0,5ml

⊔ 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 44µg/0,5ml

a été fourni gratuitement au patient dont la signature figure sur le présent formulaire pour accusé de réception.

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

III - Identification du médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

1-UUUUUUUUUUUUUU (N° INAMI)	` ,	
ии/ии/ииии (DATE)		
(CACH	IET)	(SIGNATURE DU MEDECIN)

IV - Attestation du patient pour la réception d'un conditionnement gratuit :

Je soussigné,	dont l'identité	figure a	u point I	ci-dessus,	confirme	avoir	reçu	gratuitement	un	conditionnement	de	thérapie	préalable
comprenant													

ш	12 seringues ou 4	cartouches	à 3	doses	S.C	C. de	REBIF	$22\mu g/0,5m$	١

⊔ 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 44µg/0,5ml

uu / uu / uuuu (DATE).....(SIGNATURE DU PATIENT)