

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

[illegible]

- ↳ neurologie

- neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au point a) 1 et a) 2 du § 4950000 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 l'EDSS inférieur ou égal à 6.5.

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

☐ le patient présente une sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting;

☐ le patient souffre d'une sclérose en plaques en phase secondairement progressive et présente encore occasionnellement des poussées;

Date de la dernière exacerbation: 00 / 00 / 0000

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 de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité BETAFERON à raison de 13 conditionnements pour une première période de 12 mois.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-uuuuuu-uu-uuu (N° INAMI)

MM / MM / MMMM (DATE)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)