

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

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 § 5040000 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

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: / /

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 EXTAVIA à raison de 13 conditionnements pour une première période de 12 mois.

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

UU (nom)

_____ (prénom)

1-uuuuuu-uu-uuu (N° INAMI)

_____ (DATE)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)