

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité AVONEX (§ 2530000 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, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec de la spécialité AVONEX pour le traitement d'une sclérose en plaques.

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 13 conditionnements remboursés a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie ci-après :

En effet, il s'agit :

U d'un patient qui 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

U d'un patient qui présente une sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting, et dont l'efficacité est démontrée par l'absence d'évolution péjorative

J'atteste qu'un score de 7 ou plus sur l'échelle EDSS n'a pas persisté pendant au moins 6 mois.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité AVONEX à raison de 13 conditionnements

AVONEX 30 µg/0,5 ml Bioset of Pen

pour une nouvelle période de 12 mois.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

[illegible]

1-uuuuuu-uu-uuu (N° INAMI)

MM / MM / MMMM (DATE)

--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)