ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation:

(CACHET)

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité EXTAVIA (§ 5040000 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, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité EXTAVIA pour 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 :
⊔ d'un patient qui a présenté au moins <u>un évènement démyélinisant accompagné d'un processus inflammatoire actif</u> , et l'efficacité est démontrée chez ce patient par l'absence d'évolution péjorative ou par le maintien d'un score EDSS (échelle de Kurtzke) inférieur ou égal à 6,5.
⊔ d'une sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting, et l'efficacité est démontrée chez ce patient par l'absence d'évolution péjorative ou par le maintien d'un score EDSS (échelle de Kurtzke) inférieur ou égal à 6,5.
⊔ d'une sclérose en plaques de la forme secondairement progressive, et l'efficacité est démontrée chez ce patient par le maintien d'un score à l'EDSS (échelle de Kurtzke) inférieur à 7, ou n'ayant pas été égal ou supérieur à 7 pendant plus de 3 mois.
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) :
ППППППППППППППППППППППППППППППППППППП

(SIGNATURE DU MEDECIN)