

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REBIF (§ 2390000 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 de la spécialité REBIF pour le traitement d'une sclérose en plaques.

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 12 conditionnements remboursés suivis de l'administration d'un conditionnement complémentaire gratuit de

□ 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 22 µg/0.5ml

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

a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie ci-après :

En effet, il s'agit:

U d'un patient qui a présenté une sclérose en plaques se caractérisant par une seule poussée, chez qui la dissémination dans le temps et dans l'espace a été démontrée et dont l'efficacité est démontrée par l'absence d'évolution péjorative.

□ d'un patient qui a présenté une sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting et dont l'efficacité est démontrée par l'absence d'évolution péjorative.

U d'un patient souffrant d'une sclérose en plaques en phase secondairement progressive. J'atteste que ce patient a encore présenté une ou des poussées durant les deux années précédant ce renouvellement;

Date de la dernière exacerbation: / /

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

J'atteste que le conditionnement complémentaire administré à la suite des 12 conditionnements remboursés a été fourni gratuitement au patient dont la signature figure sur le présent formulaire pour accusé de réception de ce conditionnement gratuit.

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

□ 3 x 22 µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 22µg/0,5ml

□ 3 x 44 µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 seringues ou 4 cartouches à 3 doses S.C. de REBIF 44µg/0.5ml

pour une nouvelle période de 12 mois.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

[illegible]

1-uuuuuu-uu-uuu (N° INAMI)

MM / MM / MMMM (DATE)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Je soussigné, dont l'identité figure ci-dessus au point I ci-dessus, confirme que, à la suite des 12 conditionnements remboursés, j'ai reçu gratuitement un conditionnement complémentaire de

□ 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

טט / טט / טטטט (DATE).....(SIGNATURE DU PATIENT)