



J'atteste que je sais que le traitement n'est plus remboursable chez un bénéficiaire dont le score EDSS a atteint ≥8,0 et dont le score EDSS se maintient à ≥8,0 pendant une période d'au moins 6 mois.

Je m'engage à collaborer à l'enregistrement et à la collecte des données codées relatives à l'évolution de ce bénéficiaire traité par la spécialité pharmaceutique à base de siponimod, le jour ou un tel registre existera.

J'atteste que je sais que le remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique concernée avec un autre traitement immunosuppresseur de la sclérose en plaques n'est jamais autorisé.

Sur base de ces éléments, je certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus doit recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de siponimod.

La durée de validité est limitée à une période maximale de 12 mois.

**II – B  Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

neurologie

neuropsychiatrie

certifie que je dispose d'une expérience dans le domaine de la sclérose en plaques, telle que cette expérience est définie dans l'annexe B du § 10970000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

Je certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà bénéficié du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de siponimod sur base du § 10970000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pour le traitement d'une forme secondaire progressive de sclérose en plaques (SEP-SP).

J'atteste que le bénéficiaire ne remplit toujours pas le critère pour l'arrêt du traitement remboursé.

J'atteste que je sais que la posologie maximale remboursable est limitée à 1 mg une fois par jour pour les bénéficiaires avec un génotype CYP2C9\*2\*3 ou CYP2C9\*1\*3. Je sais que la posologie maximale remboursable est limitée à 2 mg par jour pour les bénéficiaires avec d'autres génotypes CYP2C9.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection et les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

J'atteste que je sais que le traitement n'est plus remboursable chez un bénéficiaire dont le score EDSS a atteint ≥8,0 et dont le score EDSS se maintient à ≥8,0 pendant une période d'au moins 6 mois.

Je m'engage à collaborer à l'enregistrement et à la collecte des données codées relatives à l'évolution de ce bénéficiaire traité par la spécialité pharmaceutique à base de siponimod, le jour ou un tel registre existera.

J'atteste que je sais que le remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique concernée avec un autre traitement immunosuppresseur de la sclérose en plaques n'est jamais autorisé.

Sur base de ces éléments, je certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus doit recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de siponimod pour une nouvelle période de 12 mois.

La durée de validité est limitée à une période maximale de 12 mois.

**III- Identification du médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie responsable du traitement (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin )