

**ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation:**

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité à base de diméthylfumarate (§ 11720000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018)

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation) :**

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (nom)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (prénom)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (numéro 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 bénéficiaire mentionné ci-dessus :

- soit, a déjà bénéficié du remboursement de la spécialité à base de diméthylfumarate sur base du § 11720000 pour le traitement de la sclérose en plaques;
- soit, que le bénéficiaire remplissait tous les critères du § 11720000 a) au début d'une étude clinique avec diméthylfumarate

J'atteste que l'efficacité du traitement avec diméthylfumarate des 12 derniers mois a été démontrée par l'absence d'évolution défavorable.

J'atteste qu'un score EDSS de 7 ou plus n'a pas persisté pendant plus de 6 mois et que le bénéficiaire ne souffre pas de sclérose en plaques de type secondaire progressive.

J'atteste que diméthylfumarate ne sera pas prescrit en combinaison avec des  $\beta$ -interférons, l'acétate de glatiramère, le natalizumab, le fingolimod, le teriflunomide, l'alemtuzumab ou un autre traitement immunosuppresseur de la sclérose en plaques.

Je m'engage à collaborer à l'enregistrement et à la collecte des données codées relatives à l'évolution de ce bénéficiaire traité avec diméthylfumarate, dès le jour où un tel registre existe.  
Sur base de ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité suivante pour une nouvelle période de 12 mois maximum: diméthylfumarate gélules gastro-résistantes.

Le nombre d'unités remboursables est limité à un maximum de 174.720 mg par période de 12 mois.

Je m'engage à ne pas prescrire au bénéficiaire concerné la spécialité autorisée plus longtemps que nécessaire.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouvait dans la situation attestée.

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

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (nom)

[ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] (prénom)

[ 1 ] - [ | | | | | ] - [ | | ] - [ | | | | ] (n° INAMI)

[ | | ] / [ | | ] / [ | | | | ] (date)



(cachet)

(signature du médecin)