

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de fumarate de tégomil (§13790000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

| (nom)

| (prénom)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

- Certifie que :

- OU

- ☐ Le bénéficiaire présente une sclérose en plaque et a reçu un remboursement préalable pour le traitement avec une spécialité pharmaceutique à base de diméthyl fumarate conformément aux dispositions du §7680000 du chapitre IV.

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

Sur base de ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité à base de fumarate de tégomil. Le nombre d'unités remboursables est limité à un maximum de 255.780 mg pour une première 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.

| (nom)

| (prénom)

1	-						-			-					(n° INAMI)
---	---	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	------------

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)