

Formulaire de demande de prolongation 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).

[illegible]

- ☐ Neurologie.
- ☐ Neuropsychiatrie.

- Que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà bénéficié du remboursement de cette spécialité sur base du §13790000, pour le traitement de la sclérose en plaques.
- Qu'un score EDSS de 7 ou plus n'a pas persisté pendant plus de 6 mois.

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 diméthyl fumarate ou un autre traitement immunosuppresseur de la sclérose en plaques.

Le nombre d'unités remboursables est limité à un maximum de 253.344 mg par période de 12 mois.

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)

--

(signature du médecin)