

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de fumarate de tégomil (§13800000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

- ☐ Pédiatrie et porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.
- ☐ Neurologie.
- ☐ Neuropsychiatrie.

Certifie :

- Que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà bénéficié du remboursement de cette spécialité sur base du §13800000, 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 l'efficacité du traitement avec le fumarate de tégomil des 12 derniers mois a été démontrée par l'absence d'évolution défavorable.

J'atteste que le bénéficiaire ne souffre pas de sclérose en plaques de type secondaire progressive.

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.

Sur base de ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité à base de fumarate de tégomil pour une nouvelle période de 12 mois maximum. Le nombre d'unités remboursables est limité à un maximum de 253.344 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 mentionné ci-dessus au point II :

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)