ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation:
Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité AVONEX (§ 2530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°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 patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement de la spécialité AVONEX pour le traitement d'une sclérose en plaques.

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 13 conditionnements remboursés
a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie ci-après :
En effet, il s'agit :
⊔ d'un patient qui présente une sclérose en plaques se caractérisant par une seule poussée, chez qui la dissémination dans le temps et dans l'espace a été démontrée

⊔ d'un patient qui présente une sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting, et dont l'efficacité est démontrée par l'absence d'évolution péjorative

J'atteste qu'un score de 7 ou plus sur l'échelle EDSS n'a pas persisté pendant au moins 6 mois.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité AVONEX à raison de 13 conditionnements
AVONEX 30 µg/0,5 ml Pen

pour une nouvelle période de 12 mois.

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

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (nom)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (prénom)
1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔ (N° INAMI)
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (DATE)

(CACHET) …… (SIGNATURE DU MEDECIN)