ANNEXE A : Modèle du formulaire de *première demande* :
Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité PLEGRIDY (§ 7610000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er 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 patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au point a) 1 et a) 2 et a) 3 du § 7610000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018:

- conditions relatives à l'âge : 18 ans ou plus
- conditions relatives au diagnostic de sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting avec les critères les plus récents de McDonald
- conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur ou égal à 6,5 à l'EDSS

J'atteste que le patient présente actuellement un score de 6,5 ou moins sur l'échelle EDSS.

Je confirme que le Plegridy ne sera prescrit en combinaison avec β-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 patient traité avec Plegridy, dès le jour où un tel registre existe.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité Plegridy à raison de

⊔ 1 conditionnement d'initiation de Plegridy (63 µg + 94 µg) et de 12 conditionnements de Plegridy (2 x 125 µg) (seringue préremplie ou stylo prérempli)

Ou

⊔ 13 conditionnements de Plegridy (2 x 125 µg) (seringue préremplie ou stylo prérempli)

pour une première période de 12 mois.

Je m'engage à ne pas prescrire au patient 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 patient concerné se trouve 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)