

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité PLEGRIDY (§ 7610000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018)

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en
☐ neurologie
☐ neuropsychiatrie

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 13 conditionnements remboursés a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie 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.

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 13 conditionnements de Plegridy (2 x 125 µg) (seringue préremplie ou stylo prérempli) pour une nouvelle 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.

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

--

(cachet)

(signature du médecin)