

ANNEXE B : Modèle de formulaire de demande de prolongation du remboursement

Formulaire de demande de prolongation du remboursement de la spécialité à base de glatiramère, acétate (§ 7880000 du chapitre IV de l'AR du 1^{er} février 2018)

1 - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

2 - 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 bénéficié du remboursement de la spécialité pour le traitement de la sclérose en plaques sur base du § 7880000 (paragraphe présent) ou du § 1310100;

J'atteste que l'efficacité du traitement avec la spécialité concernée lors des 12 derniers mois est démontrée comme décrit ci-dessous :

il s'agit d'un bénéficiaire atteint de sclérose en plaques de type relapsing-remitting et l'efficacité du traitement a été démontrée par l'absence d'évolution défavorable ;

J'atteste qu'un score EDSS de 7 ou plus n'a pas persisté pendant plus de 6 mois.

J'atteste qu'un conditionnement a été délivré gratuitement après l'administration de 12 conditionnements remboursés au bénéficiaire, dont la signature au bas de ce formulaire vaut en tant qu'accusé de réception.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite le remboursement d'une nouvelle période de 12 mois maximum de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 7880000)

Le nombre de conditionnements remboursables est limité à 12 par an (conditionnements de 12 seringues préremplies).

Je m'engage à ne pas prescrire la spécialité autorisée plus longtemps que nécessaire au patient concerné.

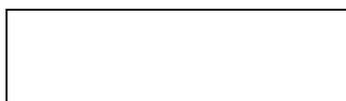
3 - Identification du médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie :

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

4 – Accusé de réception du patient pour un conditionnement gratuit

Je soussigné, identifié au point 1, confirme avoir reçu un conditionnement gratuit comme traitement préalable, contenant 12 seringues préremplies de (nom de la spécialité inscrite au § 7880000)

____ / ____ / _____ (date)(signature patient)