

Annexe A : Modèle du formulaire de demande de prolongation du remboursement

Formulaire de demande de remboursement pour une prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de fampridine (§ 8680200 du Chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie:

Je soussigné docteur en médecine, spécialiste reconnu en

neurologie

neuropsychiatrie

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions telles que décrites au point a) ou point a') du § 8680200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018:

Il s'agit d'une première période de prolongation de 12 mois du remboursement

Je certifie de plus que :

- le bénéficiaire susmentionné a déjà bénéficié d'un remboursement de cette spécialité pour l'amélioration de la marche sur base des conditions telles que décrites dans le § 8680100 du chapitre IV de la liste jointe à cet arrêté; et que, au terme de la période d'évaluation de 4 semaines, le bénéficiaire a démontré une amélioration d'au moins 20% du score du Timed 25 Foot Walk (T25FW) ou d'une amélioration du test MSWS-12 de sorte que le score était diminué d'au moins 8 points par rapport à la situation antérieure à la première administration de cette spécialité.

et je sais que le traitement doit être arrêté si le score EDSS >7.

et je sais que, si une détérioration de la capacité de marche est observée, ou si une augmentation du score EDSS est notée, l'interruption du traitement avec cette spécialité et, en même temps, la réalisation des tests T25FW et MSWS-12 doivent être considérées. Ces deux tests doivent à nouveau être réalisés au terme d'au moins 2 jours à maximum 2 semaines d'arrêt de traitement. Le traitement peut être réinitié uniquement en cas de dégradation du score du T25FW d'au moins 20% ou en cas d'une augmentation du score du MSWS-12 d'au moins 8 points par rapport aux valeurs mesurées au moment où le traitement a été interrompu.

OU

Il s'agit d'une nouvelle période de prolongation de 12 mois du remboursement

Je certifie de plus que

- le bénéficiaire susmentionné a déjà bénéficié d'une prolongation du remboursement de 12 mois de cette spécialité pour l'amélioration de la marche sur base des conditions énoncées au § 8680200 du chapitre IV de la liste jointe à cet arrêté et que, lors de l'évaluation, la prolongation du traitement a soigneusement été réévaluée.

et je sais que le traitement doit être arrêté si le score EDSS >7.

et je sais que, si une détérioration de la capacité de marche est observée, ou si une augmentation du score EDSS est notée, l'interruption du traitement avec cette spécialité et, en même temps, la réalisation des tests T25FW et MSWS-12 doivent être considérées. Ces deux tests doivent à nouveau être réalisés au terme d'au moins 2 jours à maximum 2 semaines d'arrêt de traitement. Le traitement peut être ré-initié uniquement en cas de dégradation du score du T25FW d'au moins 20% ou en cas d'une augmentation du score du MSWS-12 d'au moins 8 points par rapport aux valeurs mesurées au moment où le traitement a été interrompu.

Sur base de ces éléments, j'atteste par la présente que le bénéficiaire nécessite le remboursement d'un traitement avec 13 conditionnements de cette spécialité 10 mg, 56 comprimés à libération prolongée durant une période de 12 mois.

De plus, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui attestent que le bénéficiaire 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)