

**Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité REBIF
(§ 239 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, est atteint :

d'une **sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting**, cliniquement prouvée, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) 1° du § 239 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Conditions relatives à la positivité d'au moins deux des tests suivants : examen du liquide de ponction lombaire, potentiels évoqués, RMN ;

Conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur ou égal à 5,5 à l'EDSS (échelle de Kurtze);

Conditions relatives au fait d'avoir présenté deux exacerbations durant les deux dernières années ;

d'une **sclérose en plaques de la forme secondairement progressive**, cliniquement prouvée, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) 2° du § 239 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Conditions relatives à la positivité d'au moins deux des tests suivants : examen du liquide de ponction lombaire, potentiels évoqués, RMN ;

Conditions relatives à l'obtention d'un score inférieur à 6,5 à l'EDSS (échelle de Kurtze);

Conditions relatives au fait d'avoir présenté deux exacerbations durant les deux dernières années.

J'atteste qu'un conditionnement de thérapie préalable comprenant

- 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

a été fourni gratuitement au patient dont la signature figure sur le présent formulaire pour accusé de réception..

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

- 3 x 22µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 3 x 44µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

pour une 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)

IV – Attestation du patient pour la réception d'un conditionnement gratuit :

Je soussigné, dont l'identité figure au point I ci-dessus, confirme avoir reçu gratuitement un conditionnement de thérapie préalable comprenant

- 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

□□ / □□ / □□□□ (DATE)

.....

(SIGNATURE DU PATIENT)

**Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REBIF
(§ 239 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 d'un traitement avec la spécialité REBIF pour une sclérose en plaques.

J'atteste que le traitement effectué ces 12 derniers mois, comportant 12 conditionnements remboursés suivis de l'administration d'un conditionnement complémentaire gratuit de

- 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

a démontré son efficacité, telle que celle-ci est définie ci-après :

En effet, il s'agit :

d'une **sclérose en plaques de la forme relapsing–remitting**, et l'efficacité est démontrée chez ce patient par l'absence d'évolution péjorative et par le maintien d'un score EDSS (échelle de Kurtzke) inférieur ou égal à 6,5.

d'une **sclérose en plaques de la forme secondairement progressive**, et l'efficacité est démontrée chez ce patient par le maintien d'un score à l'EDSS (échelle de Kurtzke) inférieur à 7, ou n'ayant pas été égal ou supérieur à 7 pendant plus de 3 mois.

J'atteste que le conditionnement complémentaire administré à la suite des 12 conditionnements remboursés a été fourni gratuitement au patient dont la signature figure sur le présent formulaire pour accusé de réception de ce conditionnement gratuit.

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

- 3 x 22µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 3 x 44µg par semaine, soit 12 conditionnements de 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

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)

IV – Attestation du patient pour la réception d'un conditionnement complémentaire gratuit:

Je soussigné, dont l'identité figure ci-dessus au point I ci-dessus, confirme que, à la suite des 12 conditionnements remboursés, j'ai reçu gratuitement un conditionnement complémentaire de

- 12 Seringues S.C.de REBIF 22µg/0,5ml
- 12 Seringues S.C.de REBIF 44µg/0,5ml

□□ / □□ / □□□□ (DATE)

.....

(SIGNATURE DU PATIENT)