**BIJLAGE A : Model van het formulier voor de eerste vergoedingsaanvraag**
Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de specialiteit Betaferon (§ 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer)**

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

**II - Elementen geattesteerd door de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie**

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de

⊔ neurologie

⊔ neuropsychiatrie
verklaar dat bovenvermelde rechthebbende:

⊔ die minstens **een episode van demyelinisatie met een actief ontstekingsproces** hebt doorgemaakt, en dat deze exacerbatie ernstig genoeg was om behandeling met intraveneuze corticosteroïden te rechtvaardigen, gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) 1° van nieuwe § 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001: aanwezigheid van tenminste 9 T2 laesies en tenminste één met gadolinium aankleurende laesie op de MRI.

⊔ lijdt aan **multiple sclerose van het relapsing-remitting type**, klinisch bewezen en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) 2° van § 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:
voorwaarden m.b.t. het positief resultaat van minstens twee van de volgende onderzoeken: onderzoek van het lumbale vocht, geëvoceerde potentialen, NMR.
voorwaarden m.b.t. het behalen van een score van 5,5 of minder op de EDSS (Kurtzkeschaal)
voorwaarden m.b.t. het vertonen van minstens twee exacerbaties gedurende de laatste twee jaren

⊔ **multiple sclerose van het secundair progressieve type**, klinisch bewezen en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) 3° van § 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:
voorwaarden m.b.t. het positief resultaat van minstens twee van de volgende onderzoeken: onderzoek van het lumbale vocht, geëvoceerde potentialen, NMR.
voorwaarden m.b.t. het behalen van een score van 6,5 of minder op de EDSS (Kurtzkeschaal)
voorwaarden m.b.t. het vertonen van minstens twee exacerbaties gedurende de laatste twee jaren

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de specialiteit Betaferon voor 13 verpakkingen gedurende een eerste periode van 12 maanden.

**III - Identificatie van de geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer)**

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (naam)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (voornaam)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (RIZIV nr)

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum)

……(HANDTEKENING GENEESHEER)

**BIJLAGE B : Model van het formulier voor aanvraag van verlenging van vergoeding**
Formulier voor aanvraag van verlenging van de vergoeding van de specialiteit Betaferon (§ 4950000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer)**

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

**II - Elementen geattesteerd door de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie**

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de

⊔ neurologie

⊔ neuropsychiatrie

verklaar dat bovenvermelde rechthebbende reeds vergoeding heeft genoten van de specialiteit Betaferon voor de behandeling van multiple sclerose.

Ik bevestig dat de werkzaamheid van de behandeling van de afgelopen 12 maanden met 13 vergoede eenheidsverpakkingen is aangetoond zoals hierna beschreven:

⊔ het betreft een rechthebbende **die minstens een episode van demyelinisatie met een actief ontstekingsproces** hebt doorgemaakt, en de werkzaamheid is aangetoond bij deze patiënt door het uitblijven van een ongunstige evolutie of het behoud van een score van 6,5 of minder op de EDSS (Kurtzkeschaal)

⊔ het betreft **multiple sclerose van het relapsing-remitting type** en de werkzaamheid is aangetoond bij deze patiënt door het uitblijven van een ongunstige evolutie of het behoud van een score van 6,5 of minder op de EDSS (Kurtzkeschaal)

⊔ het betreft **multiple sclerose van het secundair progressieve type** en de werkzaamheid is aangetoond door het behoud van een score op de EDSS (Kurtzkeschaal) lager dan 7, of niet groter dan of gelijk aan 7 gedurende meer dan 3 maanden.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de specialiteit Betaferon voor 13 verpakkingen gedurende een nieuwe periode van 12 maanden.

**III - Identificatie van de geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer)**

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (naam)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (voornaam)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (RIZIV nr)

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum)

| |
|---|
| |

……(HANDTEKENING GENEESHEER)