

BIJLAGE A: Model van het formulier voor de aanvraag

Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de specialiteit COPAXONE (§ 1310100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

1 - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer):

2 - Elementen geattesteerd door de geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie:

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de

- neurologie
- neuropsychiatrie

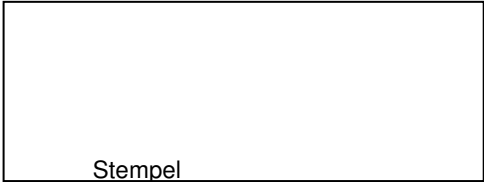
verklaar dat bovenvermelde rechthebbende :

- minstens **één episode van demyelinisatie met een actief ontstekingsproces** heeft doorgemaakt, ernstig genoeg om behandeling met intraveneuze corticosteroïden te rechtvaardigen, en voldoet aan de voorwaarde zoals beschreven onder punt 1° van § 1310100 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 NMR.
- lijdt aan **multiple sclerose van het relapsing-remitting type**, klinisch bewezen en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt 2° van § 1310100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december :
 voorwaarden m.b.t. het positieve 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.

Hiermee attesteer ik dat de rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met 13 verpakkingen van COPAXONE 20 mg/ml gedurende een eerste periode van 12 maanden.

3 - Identificatie van de geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie:

Naam _____
 Voornaam _____
 RIZIV nr 1-_____-__-_____
 Datum ____/____/____



.....
Handtekening geneesheer

