BIJLAGE A : Model van het formulier voor de eerste vergoedingsaanvraag
Formulier voor eerste vergoedingsaanvraag van de specialiteit REBIF (§ 2390000 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 lijdt aan:

⊔ **multiple sclerose van het relapsing-remitting type**, klinisch bewezen en gelijktijdig voldoet aan alle voorwaarden zoals beschreven onder punt a) 1° van § 2390000 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) 2° van § 2390000 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.

Ik bevestig dat een eenheidsverpakking van

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 22µg/0,5 ml

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 44µg/0,5 ml
gratis is afgeleverd als voorafgaande behandeling van de rechthebbende, waarvan de handtekening onderaan dit formulier als ontvangstbewijs geldt.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de specialiteit REBIF

⊔ 3 x 22 µg per week, hetzij 12 verpakkingen van 12 spuiten of van 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 22µg/0,5 ml

⊔ 3 x 44 µg per week, hetzij 12 verpakkingen van 12 spuiten of van 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 44µg/0,5 ml
voor een periode van 12 maanden.

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

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (naam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (voornaam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (RIZIV nr)

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum)

(STEMPEL) …… (HANDTEKENING GENEESHEER)

IV - Ontvangstbewijs van de patiënt voor een gratis eenheidsverpakking

Ondergetekende, geïdentificeerd onder punt I, bevestigt een gratis verpakking voor voorafgaande behandeling te hebben gekregen, bevattende

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 22µg/0,5 ml

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 44µg/0,5 ml

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (DATUM) …… …… (HANDTEKENING PATIËNT)

BIJLAGE B : Model van het formulier voor aanvraag van verlenging van vergoeding
Formulier voor aanvraag van verlenging van de vergoeding van de specialiteit REBIF (§ 2390000 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 Rebif voor de behandeling van multiple sclerose.

Ik bevestig dat de werkzaamheid van de behandeling van de afgelopen 12 maanden met 12 vergoede eenheidsverpakkingen, gevolgd door een aanvullende gratis eenheidsverpakking van

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 22µg/0,5 ml

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 44µg/0,5 ml
is aangetoond zoals hierna beschreven:

⊔ 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.

Ik bevestig dat een eenheidsverpakking gratis is afgeleverd na de toediening van 12 vergoede eenheidsverpakkingen van de rechthebbende, waarvan de handtekening onderaan dit formulier als ontvangstbewijs geldt.

Hiermee attesteer ik dat rechthebbende vergoeding behoeft voor de behandeling met de specialiteit REBIF
3 x 22 µg per week, hetzij 12 verpakkingen van 12 spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 22µg/0,5 ml
3 x 44 µg per week, hetzij 12 verpakkingen van 12 spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. REBIF 44µg/0,5 ml
voor 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)

(STEMPEL) …….. (HANDTEKENING GENEESHEER)

IV - Ontvangstbewijs van de patiënt voor een gratis eenheidsverpakking

Ondergetekende, geïdentificeerd onder punt I, bevestigt na de 12 vergoede verpakkingen een gratis complementaire verpakking te hebben gekregen, bevattende

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. Rebif 22µg/0,5 ml

⊔ 12 voorgevulde spuiten of 4 patronen met 3 dosissen S.C. Rebif 44µg/0,5 ml

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (DATUM) …… (HANDTEKENING PATIËNT)