

- ou le bénéficiaire remplissait tous les critères du point a) du présent paragraphe au début d'une étude clinique avec ozanimod.

Sur base de ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'ozanimod.

La durée de validité est limitée à une période maximale de 12 mois.

II – B Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:

Je certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus souffre de sclérose en plaques récurrente-rémittente et remplit simultanément les conditions suivantes :

- conditions relatives à l'âge, 18 ans ou plus;
- le bénéficiaire a déjà bénéficié du remboursement de cette spécialité pour une première période de 12 mois dans le présent paragraphe pour le traitement de la sclérose en plaques.

J'atteste que l'efficacité du traitement avec cette spécialité des 12 derniers mois a été démontrée par l'absence d'évolution défavorable.

J'atteste qu'un score EDSS de 7 ou plus n'a pas persisté pendant plus de 6 mois et que le bénéficiaire ne souffre pas de sclérose en plaques de type secondaire progressive.

Sur base de ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'ozanimod

La durée de validité est limitée à une période maximale 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 médecin)