## ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité à base de léflunomide inscrite au § 3330000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

## I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation chez l'O.A.):

	II -	- Première	demand	e: Elémen	ts à att	ester pa	r un médecir	n spécialiste e	n rhumatologie:
--	------	------------	--------	-----------	----------	----------	--------------	-----------------	-----------------

		ste reconnu en rhumatologie, certifie que le pat sique, et se trouve dans la situation suivante:	ient mentionné ci-dessus est âgé d'au
articulations;		ire avec simultanément la présence d'une art	
<ul> <li>Arthrite psoriasique de type c (hanche, genoux, cheville, ép</li> </ul>		e avec la présence d'une arthrite active au niver poignet).	au d'au moins une articulation majeure
		cessite de recevoir le remboursement d (nom de la spécialité inscrite au § 3330000) pend	
II – Demande de prolongation : E	léments à a	<u>ttester par un médecin spécialiste en rhumate</u>	ologie:
moins 17 ans, a déjà reçu le r pendant au moins six mois pour	embourseme une arthrite p	iste reconnu en rhumatologie, certifie que le p nt d'un traitement avec une spécialité à base psoriasique. par rapport à la situation clinique du patient avar	de léflunomide inscrite au § 3330000
		de recevoir la prolongation du re om de la spécialité inscrite au § 3330000) penda	emboursement de la spécialité nt une période de 12 mois.
V – Identification du médecin sp	écialiste en l	humatologie (nom, prénom, adresse, N°INAM	<u>M):</u>
		(nom) (prénom)	
1	(N° INAMI)		
	(Date)		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)