ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation :
Formulaire de demande de prolongation de remboursement pour une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg inscrite au § 104602000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pour une arthrite psoriasique

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

| | | |

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)