## 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 psique, et se trouve dans la situation suivante:	patient mentionné ci-dessus est âgé d'au
articulations;		ire avec simultanément la présence d'une	
□ Arthrite psoriasique de type c (hanche, genoux, cheville, éparante de la companyation de la comp		re avec la présence d'une arthrite active au ni poignet).	veau d'au moins une articulation majeure
		cessite de recevoir le remboursement (nom de la spécialité inscrite au § 3330000) p	
II – Demande de prolongation : E	<u>léments à a</u>	<u>ttester par un médecin spécialiste en rhum</u>	atologie:
moins 17 ans, a déjà reçu le re pendant au moins six mois pour J'atteste que ce traitement s'est mo	embourseme une arthrite p ontré efficace	par rapport à la situation clinique du patient a	se de léflunomide inscrite au § 3330000 vant l'initiation du traitement.
		de recevoir la prolongation du om de la spécialité inscrite au § 3330000) pen	remboursement de la spécialité dant une période de 12 mois.
V – Identification du médecin sp	écialiste en l	rhumatologie (nom, prénom, adresse, NªN	AMI):
00000000000000000000000000000000000000		(nom) (prénom)	
	(Date)		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)