

(pour la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique ou la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew), pas pour les autres indications). Cette demande concerne:

polyarthrite rhumatoïde     arthrite psoriasique     spondylarthrite ankylosante (m. Bechterew)

**Limitatio (Extrait):**

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

**Données personnelles du patient (de la patiente)**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse Assurance (Service du MC ou MC)	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

**Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):**

**Description selon le limitatio: Je sollicite une demande de prise en charge des coûts pour Humira®:**

Précédente(s) thérapie(s) (cochez le(s) traitement(s) utilisé(s) dans le passé):

AINS     Corticostéroïdes     DMARDs, le(s)quel(s)

Précédent déroulement de la maladie:

**Médecin demandeur**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>	Tél.:	<input type="text"/>
Fax.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>		

Date:.....

Timbre/signature:.....