

**Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé**

Formulaire de demande de remboursement d' une spécialité inscrite au § 9260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d’affiliation à l’organisme assureur):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d’affiliation)

**II -  Première demande (6 mois maximum) :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le (la) patient(e) précité(e) souffre d’hyperuricémie avec cas de goutte (avec ou sans tophus), il (elle) n’a pas atteint le taux cible d’acide urique sérique avec une dose appropriée d’allopurinol administré seul et appartient à au moins une des catégories suivantes :

patient souffrant d'une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 - 59 ml/mn) chez qui, en dépit d'une augmentation lente de la dose suivant les recommandations de l'EULAR, l'allopurinol ne produit pas assez d'effet en raison d'un dosage sous-optimal vu les facteurs limitant la dose.

patient chez qui, en dépit d'un traitement à l'allopurinol d'au moins 10 semaines démarré lentement et dosé en fonction des effets suivant les recommandations de l'EULAR, le taux d'acide urique sérique ne baisse pas en dessous de 6mg/dl ou atteint à nouveau 6 mg/dl ou plus.

Sur simple demande, je transmets au médecin-conseil les pièces justificatives dont il ressort que mon (ma) patient(e) se trouve dans la situation attestée.

**III -  Renouvellement (12 mois maximum) :**

Je soussigné(e), médecin, demande pour le (la) patient(e) précité(e) qui souffre d’hyperuricémie avec cas de goutte (avec ou sans tophus) et chez qui l'efficacité de Zurampic a été démontrée par un taux d'acide urique sérique inférieur à 6 md/dl, le renouvellement du remboursement de Zurampic en association avec un allopurinol.

le taux d'acide urique sérique s'élevait récemment à .....mg/dl

**et**

le traitement au Zurampic est bien toléré.

Sur simple demande, je transmets au médecin-conseil les pièces justificatives dont il ressort que mon (ma) patient(e) se trouve dans la situation attestée.

**III – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

..... (signature du médecin )