



- S'il s'agit d'un bénéficiaire passant d'un traitement remboursé avec tocilizumab 20mg/mL en perfusion intraveineuse conformément aux modalités du §9400100 :

- /  /  (date de début de la période en cours du traitement remboursé de tocilizumab 20mg/mL par perfusion intraveineuse).
- /  /  (date présumée de début du traitement remboursé de tocilizumab 162mg en seringues préremplies).

Je m'engage à réévaluer le nombre de conditionnements en cas de variation significative du poids du bénéficiaire au cours du temps et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de tocilizumab avec des spécialités à base d'adalimumab, d'étanercept et d'abatacept n'est jamais autorisé.

**Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :**

J'estime être expérimenté(e) dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire sur base des éléments suivants :

1. Je suis attaché(e) depuis  mois (depuis le  /  / ) au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie pédiatrique:

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....  
 .....  
 .....

2. Autres éléments que j'estime pertinents :

.....  
 .....  
 .....  
 ..... (Références complémentaires éventuelles en annexe: )

**IV – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)