ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tocilizumab pour une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire active (§ 9400200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018).

_	lde	ent	tifi	cat	tio	n d	lu I	béı	néf	fici	air	е	(nc	<u>m</u>	, p	rér	101	m,	nu	ıme	érc	d'affiliation à l'organisme assureur):
L																						(nom)
L																						(prénom)
L																						」(numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :

Je soussigné(e), docteur en médecine, spécialiste reconnu(e) en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté(e) dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que les conditions figurant au point a) du § 9400200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour le remboursement de l'administration de cette spécialité chez ce bénéficiaire sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous.

III – Situation du bénéficiaire nécessitant actuellement l'administration de cette spécialité (cochez et complétez les cases appropriées) :

J'atteste qu'il s'agit d'un bénéficiaire âgé de 2 ans ou plus, qui présente une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire active et qui remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 9400200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 :

- Conditions relatives à une intolérance avérée ou à une réponse insuffisante à un traitement avec le méthotrexate utilisé au moins à la posologie de 10 mg/m²/semaine pendant au moins 3 mois.
- Conditions relatives à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations.
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 9400200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018, dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement, par moi-même et, le cas échéant, par un médecin spécialiste en pneumologie.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité pendant une période de 6 mois.

Je sollicite donc pour ce bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre est nécessaire pour assurer les 6 premiers mois de traitement, est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

- Le poids de ce bénéficiaire est :
 - De ⊔⊔⊔ kg (Poids du bénéficiaire)
 - Le uu / uu / uuuu (Date à laquelle le bénéficiaire a été pesé)
- Une dose de 162mg une fois toutes les 2 semaines chez les bénéficiaires dont le poids est supérieur ou égal à 30 kg, ou d'une dose de 162mg toutes les 3 semaines chez les bénéficiaires pesant moins de 30 kg.
- Le nombre total de conditionnements :

⊔⊔ 4 conditionnements de 4 seringues préremplies de 162mg de tocilizumab chez les bénéficiaires dont le poids est supérieur ou égal à 30 kg.

 $\ \ \square\square$ 3 conditionnements de 4 seringues préremplies de 162mg de tocilizumab chez les bénéficiaires pesant moins de 30 kg.

- S'il s'agit d'un bénéficiaire passant d'un traitement remboursé avec tocilizumab 20mg/mL en perfusion intraveineuse conformément aux modalités du §9400100 :
- uu / uu / uuuu (date de début de la période en cours du traitement remboursé de tocilizumab 20mg/mL par perfusion intraveineuse).
- பப / பப / பபப (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 பபப mois (depuis le பப / பப / பபபப) au centre mentionné ci-après, spécia dans la prise en charge <u>pluridisciplinaire</u> de la rhumatologie pédiatrique: Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants : 												
2.	Autres éléments que j'estime pertinents :												
<u>expéri</u>	Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie menté(e) dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, m, adresse, N°INAMI):												
1	(n° INAMI)												
	/												
	(cachet) (signature du médecin)												