

**ANNEXE C : Modèle du formulaire de demande de prolongation :**

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité inscrite au § 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive

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

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

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

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé de 4 ans et plus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pendant au moins six mois pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive insuffisamment contrôlée.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement d'une spécialité inscrite au § 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pendant une période de 12 mois. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte d'une dose maximale de 20 mg d'adalimumab pour un patient à partir de 10 kg et moins de 30 kg, ou avec un dose maximale de 40 mg d'adalimumab pour un patient de 30 kg ou plus, administrée une fois toutes les deux semaines par voie sous-cutanée, et :

- que le poids de mon patient est :
  - de \_\_\_\_\_ kg (Poids du patient)
  - le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Date à laquelle le patient a été pesé)
- ce qui, pour un traitement de douze mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

pour un patient de 10 kg et moins de 30 kg

\_\_\_\_\_ maximum 13 conditionnements autorisés de ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 20 mg inscrite au § 6520000) de 2 x 20 mg

pour un patient de 30 kg ou plus

\_\_\_\_\_ maximum 13 conditionnements autorisés de ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 6520000) de 2 x 40 mg

Ou

\_\_\_\_\_ maximum 4 conditionnements de 6 x 40 mg de..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 6520000 - 6 x 40 mg) et maximum 1 conditionnement de 2 x 40 mg de ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 6520000 - 2 x 40 mg)

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018.

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

J'estime être expérimenté 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 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:

.....  
.....

complémentaires éventuelles en annexe:

(Références

**III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté 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 )