ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande
Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de golimumab inscrite au §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à 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 – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou 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 les conditions figurant au point a) du §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pour le remboursement de l'administration d'une spécialité inscrite au §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 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 d'une spécialité inscrite au §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 (cochez et complétez les cases appropriées) :

J'atteste qu'il s'agit d'un bénéficiaire, âgé de 2 ans et plus, qui présente une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive et qui remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 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/m^2/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 §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 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 une spécialité inscrite au §14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pendant une période de 6 mois.

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une dose maximale de 45 mg de golimumab pour un bénéficiaire à partir de 10 kg et moins de 40 kg, ou avec une dose de 50 mg de golimumab pour un bénéficiaire de 40 kg ou plus, administrée une fois par mois, à la même date chaque mois, par voie sous-cutanée.

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

- Que le poids de le bénéficiaire est :

  - De ⊔⊔⊔ kg (Poids du bénéficiaire).
  - Le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (Date à laquelle le bénéficiaire a été pesé).

- Ce qui, pour un traitement de six mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

  ☐ Pour un bénéficiaire de 10 kg et moins de 40 kg :

  ⊔⊔ Maximum 6 conditionnements autorisés de …… (nom de la spécialité à base de golimumab 45 mg/0,45 mL inscrite au §14180000).

  ☐ Pour un bénéficiaire de 40 kg ou plus :

  ⊔⊔ Maximum 6 conditionnements autorisés de …… (nom de la spécialité à base de golimumab 50 mg inscrite au §14180000).

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

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de golimumab avec une des spécialités à base de etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab ou tofacitinib n'est jamais autorisé.

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 bénéficiaires 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 :
   ……
   ……
   ……
   (Références complémentaires éventuelles en annexe : ␣).

IV – 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)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

| | (cachet) ..... (signature du médecin)