ANNEXE D : Modèle du formulaire de demande de remboursement après un traitement antérieur non remboursé

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non remboursé avec la spécialité pharmaceutique à base de golimumab pour le traitement pour d'une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive chez des bénéficiaires âgés de 2 ans et plus (§14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

(Cette Procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir du 01.11.2026, relatif au paragraphe 14180000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments 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 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 est âgé de 2 ans et plus, a déjà bénéficié d'un traitement avec des conditionnements non remboursés de la spécialité pharmaceutique à base de golimumab, pendant au moins 6 mois, pour le traitement d'une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive, et que le bénéficiaire, avant l'initiation du traitement non-remboursé, remplissait simultanément toutes les conditions figurant au point a) du §14180000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018, en l'occurrence les 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, à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations, et 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 ce traitement non remboursé d'au moins 6 mois 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 bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite le remboursement d'une prolongation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de golimumab, pendant une période de 12 mois maximum.
Je sollicite donc pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, compte tenu :

- De la date présumée de début de la prolongation du traitement : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔
- 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 douze mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

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

⊔⊔ Maximum 12 conditionnements autorisés de …………………………………………… (nom de la spécialité à base de golimumab 45 mg/0,45 mL mg inscrite au §14180000).

☐ Pour un bénéficiaire de 40 kg ou plus :

⊔⊔ Maximum 12 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.

III – Rapport complémentaire indispensable :

Comme l'imposent les dispositions du point f') du §14180000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 1er février 2018, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non remboursé avec la spécialité à base de golimumab.

IV – Identification du médecin spécialiste en dermatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

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

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

(cachet) .... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.11.2026