

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non-remboursé de plus de six mois avec la spécialité HUMIRA pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive (§ 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)  
(Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.)

[illegible]

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 poly-articulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est de 4 ans à 12 ans inclus, remplissait toutes les conditions de remboursement pour un traitement d'une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire avec la spécialité HUMIRA qui a été administrée sans remboursement pendant plus de 6 mois.

En effet, le premier traitement non-remboursé par HUMIRA de plus de six mois a débuté le 04/04/2014, chez le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est de 4 ans à 12 ans inclus, qui remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, avant l'initiation du traitement :

- 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 § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont les rubriques relatives aux conditions figurant au point a) du § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement.

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 le remboursement de la prolongation de ce traitement avec la spécialité HUMIRA 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 de 24 mg/m<sup>2</sup> de surface corporelle jusqu'à une dose unique maximale de 40 mg. administrée une fois toutes les deux semaines par voie sous-cutanée :

- le poids et la taille de mon patient est :
  - de 0000 kg (Poids du patient)
  - de 0000 cm (taille du patient)
  - le 00 / 00 / 0000 (Date à laquelle le patient a été pesé et mesuré)
- le nombre total de conditionnements nécessaires :
  - 00 conditionnements de 2 flacons HUMIRA solution injectable pour usage pédiatrique (40mg/0,8ml) (maximum 13 conditionnements de 2 flacons)

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 f) du § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire 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 – Rapport complémentaire indispensable:**

Comme l'imposent les dispositions du point e') du § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec la spécialité HUMIRA.

**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 poly-articulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

.....

(nom)

.....

(prénom)

1-.....

(N° INAMI)

.. / .. / ..

(DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU  
MEDECIN)