

□□ 2) le bénéficiaire passe d'un traitement remboursé par une spécialité à base d'abatacept 250 mg en perfusion intraveineuse (§ 5880000) vers un traitement par une spécialité à base d'abatacept, en seringue préremplie pendant la première période de 6 mois de remboursement de la spécialité à base d'abatacept IV (point c) et d) du §5880000. Je tiens compte avec:

- la date de début du traitement de la spécialité à base d'abatacept 250 mg en perfusion intraveineuse: □□/□□/□□□□ (§ 5880000): □□/□□ /□□□□
- la date présumée de début du traitement par une spécialité à base d'abatacept en seringue pré-remplie : □□/□□ /□□□□
- le poids du bénéficiaire:
de □□□ kg (poids du bénéficiaire)
le □□/□□/□□□□ (date à laquelle le bénéficiaire a été pesé)
- la dose recommandée de 50 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 10 kg jusqu'à 25 kg, de 87,5 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 25 kg jusqu'à 50 kg et de 125 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 50 kg
- □□ le nombre de conditionnements de "4 x une spécialité à base d'abatacept en seringue préremplie", dont le dosage est déterminé sur base du poids du bénéficiaire, nécessaires pour assurer le traitement depuis la date de début de l'administration sous-cutanée jusqu'à 6 mois après la date de début du traitement intraveineux par une spécialité à base d'abatacept 250 mg en perfusion intraveineuse (§ 5880000) (maximum 7 conditionnements).

□□ 3) le bénéficiaire passe d'un traitement remboursé par une spécialité à base d'abatacept 250 mg en perfusion intraveineuse (§ 5880000) vers un traitement par une spécialité à base d'abatacept, en seringue préremplie pendant la période de prolongation de 12 mois de remboursement de la spécialité à base d'abatacept IV (point e) du § 5880000. Je tiens compte avec:

- la date de début de la prolongation du traitement de la spécialité à base d'abatacept 250 mg en perfusion intraveineuse (§ 5880000): □□/□□ /□□□□
- la date présumée de début du traitement par une spécialité à base d'abatacept en seringue pré-remplie : □□/□□ /□□□□
- le poids du bénéficiaire:
de □□□ kg (poids du bénéficiaire)
le □□/□□/□□□□ (date à laquelle le bénéficiaire a été pesé)
- la dose recommandée de 50 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 10 kg jusqu'à 25 kg, de 87,5 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 25 kg jusqu'à 50 kg et de 125 mg par semaine pour les bénéficiaires à partir de 50 kg
- le nombre de conditionnements d'une spécialité à base d'abatacept, en seringue préremplie (conditionnement de 4 seringues) nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois, s'élève à :
□□ le nombre de conditionnements de "4 x une spécialité à base d'abatacept en seringue préremplie", dont le dosage est déterminé sur base du poids du bénéficiaire, depuis la date de début de l'administration sous-cutanée jusqu'à 12 mois après la date de début de la prolongation du traitement intraveineux par une spécialité à base d'abatacept 250 mg (§ 5880000) (maximum 13 conditionnements).

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.

Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collègue de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à

l'évolution et au devenir du bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point k) du § 10080000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er 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(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 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 mentionné ci-dessus au point II:

(nom)

(prénom)

- - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)