

maximum 10 seringues ou stylos préremplis de (nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg enregistrée au § 10460200 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018).

U 2) Le bénéficiaire passe d'un traitement d'entretien par une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 5 mg/kg en perfusion remboursé conformément aux dispositions du § 3540000, à une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg administré par voie sous-cutanée une fois toutes les deux semaines.

Tenant compte de :

- la date de début estimée du traitement par infliximab 120 mg administré par voie sous-cutanée :
 uu/uu /uuuuu
- la dose recommandée de 120 mg infliximab administrée une fois toutes les deux semaines à partir de la semaine 8 après la dernière administration de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab par voie intraveineuse.
- ce qui porte, pour un traitement pendant 44 semaines, le nombre total de seringues ou stylos pré-remplis requis à

maximum 22 seringues ou stylos préremplis de (nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg enregistrée au § 10460200 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018)

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.

Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité pharmaceutique 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 bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 104602000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)