

ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg inscrite au § 10470200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria)

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:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une spondylarthrite ankylosante selon les Modified New York Criteria répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 10470200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018:

- Conditions relatives à un remboursement préalable pour un traitement de 6 semaines avec infliximab 5 mg/kg administré en intraveineux sur base des conditions du § 10470100 du chapitre IV qui lui sont applicables

Je confirme que ce traitement préalable avec infliximab 5 mg/kg administré en intraveineux avec la spécialité pharmaceutique(nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab inscrite au § 10470100) s'est révélé efficace lors de la première évaluation après 6 semaines (après 2 administrations), sur base d'une diminution d'au moins 50 % du BASDAI ou d'une amélioration absolue de 2 points du BASDAI, par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

Ou

- Conditions relatives à un remboursement préalable pour un traitement avec infliximab 5 mg/kg administré en intraveineux sur base des conditions du § 2960000 du chapitre IV qui lui sont applicables

Je confirme que ce traitement préalable avec infliximab 5 mg/kg administré en intraveineux avec la spécialité pharmaceutique(nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab inscrite au § 2960000) s'est révélé efficace lors de la première évaluation après 6 semaines (après 2 administrations) et par après chaque fois après 52 semaines, sur base d'une diminution d'au moins 50 % du BASDAI ou d'une amélioration absolue de 2 points du BASDAI, 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 de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique(nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg inscrite au § 10470200).

LUU 1) le bénéficiaire a reçu un traitement d'induction de 2 perfusions d'une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 5 mg / kg et passe au traitement par une spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg administré par voie sous-cutanée une fois toutes les deux semaines à partir de la semaine 6 (§ 10470100),

Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement des seringues ou stylos préremplis dont le nombre nécessaire pour assurer ce traitement pendant 52 semaines est mentionné ci-dessous, en tenant compte de:

- la date de début estimée du traitement par infliximab 120 mg administré par voie sous-cutanée :
____/____/____
- la dose recommandée de 120 mg infliximab administrée une fois toutes les deux semaines
- ce qui porte, pour un traitement de 52 semaines, le nombre total de seringues ou stylos préremplis requis à

maximum 26 seringues ou stylos préremplis (nom de la spécialité pharmaceutique à base d'infliximab 120 mg enregistrée au § 10470200 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1^{er} février 2018).

