

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab inscrite au § 12110100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pour une arthrite juvénile liée à l'enthésite

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

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 liée à l'enthésite, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 6 ans, pèse au moins 50 kg, et a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec une spécialité à base de sécukinumab pendant au moins 16 semaines pour une arthrite juvénile liée à l'enthésite.

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de sécukinumab pendant une période de 12 mois. Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant les 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

- le poids du bénéficiaire est (le poids doit être ≥ 50 kg):
 - de 0000 kg (Poids du bénéficiaire)
 - le 00 / 00 / 0000 (Date à laquelle le bénéficiaire a été pesé)
- la posologie de 150 mg administrée tous les mois en traitement d'entretien, ce qui porte le nombre de conditionnements nécessaires pour un traitement pendant 12 mois à:

Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire 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 bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 12110100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

J'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de bénéficiaires pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile liée à l'enthésite sur base des éléments suivants:

-
-
-
-

.....

.....

.....

.....

_____ (nom)

| (préno

1 - - - - - (n° INAMI)

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

--

.....