

**I - IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE (naam, voornaam, aansluitingsnummer):**

Naam:

Voornaam:

Aansluitingsnummer:

## Eerste aanvraag tot terugbetaling van Celebrex®

**II - EERSTE AANVRAAG [punt a) van paragraaf 5020000 van Hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001]:**

1.  Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt aan **spondylitis ankylopoëtica** lijdt. Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met deze specialiteit nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld. Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAï middelen [cfr. Hoofdstuk II § 20000 1°a)3.3] en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.
- Ik heb rekening gehouden met de volgende contra-indicaties:
- Congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV)
  - aangetoonde ischemische hartziekte, perifeer arterieel vaatlijden en/of aangetoonde cerebrovasculair pathologie

Behandeling met een dosering van 200 mg per dag:

- 1.1.  Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 6) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;
- 1.2.  Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 6) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

Behandeling met een dosering van 400 mg per dag:

- 1.3.  Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 12) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

## Aanvraag tot verlenging tot terugbetaling van Celebrex®

**III – AANVRAAG TOT VERLENGING [punt d) van paragraaf 5020000 van Hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001]:**

2.  Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bij bovenvermelde patiënt die reeds terugbetaling van deze specialiteit kreeg in het kader van een behandeling van **spondylitis ankylopoëtica**, de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met deze specialiteit nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld.
- Ik heb rekening gehouden met de volgende contra-indicaties:
- Congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV)
  - aangetoonde ischemische hartziekte, perifeer arterieel vaatlijden en/of aangetoonde cerebrovasculaire pathologie
- Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAï middelen [cfr. Hoofdstuk II § 20000 1°a)3.3] en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

Verlenging van een behandeling met een dosering van 200 mg per dag:

- 2.1.  Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 12) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;
- 2.2.  Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 12) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

Behandeling met een dosering van 400 mg per dag :

- 2.3.  Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van \_\_\_\_ (maximum 24) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

**IV- IDENTIFICATIE VAN DE GENEESHEER (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):**

Naam:

Voornaam:

RIZIV-nr: 1-

Datum:

**STEMPEL**

**HANDTEKENING VAN DE ARTS**