BIJLAGE A: Aanvraagformulier

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

Naam: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

Voornaam: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

Aansluitingsnummer: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

II - Eerste aanvraag [punt a) van paragraaf 4010000 van Hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001]:

1. ☐ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt aan **artrose** lijdt, waarbij de pijnopstoten onvoldoende reageren op een behandeling met paracetamol toegediend in optimale doses en dat hij minstens 1 van de volgende risicofactoren vertoont :
   - ☐ > 65jaar
   - ☐ medisch verantwoord gebruik van anticoagulantia, met uitsluiting van antiaggregantia die acetylsalicylzuur bevatten, associaties die acetylsalicylzuur bevatten inbegrepen
   - ☐ medisch verantwoord gebruik van corticosteroïden, chronisch en systemisch toegediend
   - ☐ een ernstige co-morbiditeit, die gepaard gaat met een verhoogd gastro-intestinaal risico
   - ☐ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus tijdens innames van NSAI middelen
   - ☐ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus met complicaties (bloeding, gastro-intestinale perforatie of obstructie, gastro-intestinale chirurgie)

   ☐ 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

Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit CELEBREX 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 NSAI middelen [cfr. Hoofdstuk II §20000 1°a)3.3]en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

<u>Behandeling met een dosering van 200 mg per behandelingsdag:</u>

1.1. ☐ Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van __ (maximum 3) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;

1.2. ☐ Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van __ (maximum 3) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

2. ☐ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan **reumatoïde artritis**. Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit CELEBREX 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) anit-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 NSAI 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

   ☐ Ik verklaar hierbij dat ik in het medisch dossier van betreffende patiënt beschik over een rapport, opgesteld door een gespecialiseerd geneesheer in de reumatologie of in de interne geneeskunde, dat de diagnose van reumatoïde artritis bevestigt.

<u>Behandeling met een dosering van 200 mg per dag</u>:

2.1. ☐ Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van __ (maximum 6) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;

2.2. ☐ Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van __ (maximum 6) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

III – Aanvraag tot verlenging [punt d) van paragraaf 4010000 van Hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001]:

3. ☐ Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij, dat bij hogervermelde patiënt, die reeds terugbetaling voor de specialiteit CELEBREX kreeg in het kader van een behandeling van pijnopstoten van **artrose**, voortzetting van de behandeling medisch verantwoord is en dat hij nog aan de criterium van de eerste aanvraag voldoet. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met de specialiteit CELEBREX 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 NSAI 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 behandelingsdag:
3.1. □ Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van __ (maximum 6) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;
3.2. □ Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van __ (maximum 6) verpakking(en) van 30 caps. van 200 mg;

4. □ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bij bovenvermelde patiënt die reeds terugbetaling van de specialiteit CELEBREX kreeg in het kader van een behandeling van **reumatoïde artritis**, de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met de specialiteit CELEBREX nodig. 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 cerebrovasculair 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 NSAI 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:
4.1. □ Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van __ (maximum 12) verpakking(en) van 60 caps. van 100 mg;
4.2. □ Gedurende een periode van 360 dagen terugbetaling van __ (maximum 12) 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)