

FORMULAIRE DE DEMANDE

I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

_____ (Nom)

_____ (Prénom)

_____ (N° d'affiliation)

II. Première demande (point a) du paragraphe xxx du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001:

1. Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus présente une spondylarthrite ankylosante ou une polyarthrite rhumatoïde. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous. Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS {cf. Chapitre II§20000 1°a}3.3} et j'en ai personnellement averti mon patient.

J'ai tenu compte des contre-indications suivantes:

- Insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV)
- Cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées

Traitement avec une posologie de 90 mg maximum par jour de traitement:

Pendant une période de 180 jours remboursement de

(maximum 7) conditionnement(s) de 28 caps. à 90 mg ou

(maximum 2) conditionnement(s) de 98 caps. à 90 mg

III. Demande de prolongation (point d) du paragraphe 2920000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001:

2. Je soussigné, docteur en médecine, atteste que, chez le patient mentionné ci-dessus et qui a déjà reçu le remboursement de la spécialité ARCOXIA dans le cadre d'un traitement de spondylarthrite ankylosante ou de polyarthrite rhumatoïde, la continuation du traitement est médicalement justifiée et que ce patient répond toujours aux critères de la première demande. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ARCOXIA. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous.

J'ai tenu compte des contre-indications suivantes:

- Insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV)
- Cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS {cf. Chapitre II§20000 1°a}3.3} et j'en ai personnellement averti mon patient.

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 90 mg maximum par jour de traitement

(maximum 13) conditionnement(s) de 28 caps. à 90 mg ou

(maximum 4) conditionnement(s) de 98 caps. à 90 mg

IV. Identification du médecin (nom, prénom, n° INAMI):

_____ (Nom)

_____ (Prénom)

_____ (N° INAMI)

____ / ____ / _____ (Date)

.....
(Signature de medecin)