



**III - Demande de prolongation [point d) du paragraphe 401000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001]:**

3.  Je soussigné, docteur en médecine, atteste que, chez le patient qui est mentionné ci-dessus et qui a déjà reçu le remboursement de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 4010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001). dans le cadre d'un traitement de poussées hyperalgiques d'arthrose, 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 molécule celecoxib. 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 [cfr. Chapitre II§20000 1°a)3.3] et j'en ai personnellement averti mon patient:

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 200 mg par jour de traitement:

- 3.1.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 6) conditionnement(s) de 60 caps. à 100 mg;
- 3.2.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 6) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;
- 3.3.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 3) conditionnement(s) de 60 caps. à 200 mg;
- 3.4.  Pendant une période de 400 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 2) conditionnement(s) de 100 caps. à 200 mg;

4.  Je soussigné, docteur en médecine, atteste que, chez le patient qui est mentionné ci-dessus et qui a déjà reçu le remboursement de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 4010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001) dans le cadre d'un traitement d'une polyarthrite rhumatoïde, la continuation du traitement est médicalement justifiée. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la molécule celecoxib. 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 [cfr. Chapitre II§20000 1°a)3.3] et j'en ai personnellement averti mon patient.

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 200 mg par jour de traitement:

- 4.1.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 12) conditionnement(s) de 60 caps à 100 mg;
- 4.2.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 12) conditionnement(s) de 30 caps à 200 mg;
- 4.3.  Pendant une période de 360 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 6) conditionnement(s) de 60 caps à 200 mg;
- 4.4.  Pendant une période de 400 jours remboursement de \_\_\_ (maximum 4) conditionnement(s) de 100 caps à 200 mg;

**IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

..... (signature du médecin )