

Aanvraag tot verlenging voor terugbetaling van CELEBREX®

I – IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE (naam, voornaam, Aansluitingsnummer) :

Naam _____

voornaam _____

Aansluitingsnummer _____

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)(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 inname 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 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 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 cerebrovasculair pathologie

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen opstaan tijdens inname 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:

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)

AANVRAAG TOT VERLENGING