

ANNEXE A : Formulaire de demande

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

Nom: _____

Prénom: _____

N° d'affiliation : _____

II - Première demande [point a) du paragraphe 4010000 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 **arthrose** dont les poussées hyperalgiques ne répondent pas suffisamment au traitement avec le paracétamol utilisé à doses optimales et présente au moins un des facteurs de risque suivants :
- ☐ > 65ans
 - ☐ médication médicalement justifiée d'anticoagulants, avec exclusion des antiagrégants contenant de l'acide acétylsalicylique, y compris les associations contenant de l'acide acétylsalicylique
 - ☐ médication médicalement justifiée de corticostéroïdes administrée de manière chronique et par voie systémique
 - ☐ état de co-morbidité sévère, accompagné d'un risque gastro-intestinal augmenté
 - ☐ antécédent documenté d'un ulcère gastroduodénal sous traitement par AINS
 - ☐ antécédent documenté d'un ulcère gastroduodénal avec complications (hémorragie, perforation ou obstruction gastro-intestinale, chirurgie gastro-intestinale)
- ☐ J'ai tenu compte des contre-indications suivantes :
- Insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV)
 - cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité CELEBREX. Je sollicite 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 [cfr. Chapitre II§20000 1°a)3.3] et j'en ai personnellement averti mon patient.

Traitement avec une posologie de 200 mg par jour de traitement:

- 1.1. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 3) conditionnement(s) de 60 caps. à 100 mg;
- 1.2. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 3) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;

2. ☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de polyarthrite rhumatoïde. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité CELEBREX. Je sollicite 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 [cfr. 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

- ☐ J'atteste que je dispose dans le dossier médical du patient concerné d'un rapport établi par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne confirmant le diagnostic.

Traitement avec une posologie de 200 mg par jour de traitement:

- 2.1. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 6) conditionnement(s) de 60 caps. à 100 mg;
- 2.2. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 6) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;

III - Demande de prolongation [point d) du paragraphe 4010000 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 CELEBREX 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 spécialité CELEBREX. 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;
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 CELEBREX 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 spécialité CELEBREX. 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 avérée, 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;

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

Nom: _____
Prénom: _____
N° INAMI: 1- _____-____-____
Date: ____- ____ - _____

(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)