

ANNEXE A : Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement (§ 4010000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro 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 :

☐ ≥ 65 ans

☐ 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 _____ (nom de la spécialité inscrite au § 4010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001). 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 pendant une période de maximum 200 jours :

☐ 1.1 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 100 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 200 capsules ou comprimés de 100 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

☐ 1.2 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 200 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 100 capsules ou comprimés de 200 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

Les conditionnements nécessaires pour une durée de traitement de 200 jours doivent être déterminés au moyen d'une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements, qui doit être la moins chère pour le patient, ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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 _____ (nom de la spécialité inscrite au § 4010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001). 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 pendant une période de maximum 200 jours :

☐ 2.1 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 100 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 400 capsules ou comprimés de 100 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

Version valable à partir du 01.09.2015

☐ 2.2 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 200 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 200 capsules ou comprimés de 200 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

Les conditionnements nécessaires pour une durée de traitement de 200 jours doivent être déterminés au moyen d'une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements, qui doit être la moins chère pour le patient, ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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.

☐ 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 pendant une période de maximum 400 jours :

☐ 3.1 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 100 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 400 capsules ou comprimés de 100 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

☐ 3.2 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 200 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 200 capsules ou comprimés de 200 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

Les conditionnements nécessaires pour une durée de traitement de 400 jours doivent être déterminés au moyen d'une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements, qui doit être la moins chère pour le patient, ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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.

☐ 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 pendant une période de maximum 400 jours :

☐ 4.1 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 100 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 800 capsules ou comprimés de 100 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

☐ 4.2 Je demande le remboursement des spécialité(s) à base de celecoxib à un dosage de 200 mg par capsule ou comprimé, et pour lequel maximum 400 capsules ou comprimés de 200 mg peuvent être remboursés pendant cette période.

Les conditionnements nécessaires pour une durée de traitement de 400 jours doivent être déterminés au moyen d'une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements, qui doit être la moins chère pour le patient, ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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

(nom)

(prénom)

- (n° INAMI)

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 (date)



(cachet)

(signature du médecin)