

BIJLAGE A: Aanvraagformulier

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II – Eerste aanvraag [punt a) van paragraaf 2920000 van Hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

1. Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt aan reumatoïde artritis of aan spondylitis ankylosans lijdt. Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met een specialiteit op basis van etoricoxib nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld. Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(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 innames van NSAï middelen [cfr. Hoofdstuk II § 20000 1° a) 3.3] en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

☐ Ik heb rekening gehouden met de volgende contra-indicaties:

- Congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV);
- Aangetoonde ischemische hartziekte, perifere arterieel vaatlijden en/of aangetoonde cerebrovasculaire pathologie.

Behandeling met een dosering van 90 mg per dag:

Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van

- ☐ ☐ (maximum 7) verpakking(en) van 28 caps. van 90 mg
of
☐ ☐ (maximum 2) verpakking(en) van 98 caps. van 90 mg

III – Aanvraag tot verlenging (punt d) van paragraaf 2920000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

2. Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij, dat bij hogervermelde patiënt, die reeds terugbetaling van een specialiteit op basis van etoricoxib kreeg in het kader van een behandeling van reumatoïde artritis of van spondylitis ankylosans, de verlenging van de behandeling medisch verantwoord is en dat deze patiënt nog steeds aan de criteria van de eerste aanvraag voldoet. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met een specialiteit op basis van etoricoxib 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, perifere 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)l(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 innames 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 90 mg per dag:

- ☐ ☐ ☐ (maximum 13) verpakking(en) van 28 caps. van 90 mg of
☐ ☐ (maximum 4) verpakking(en) van 98 caps. van 90 mg

IV – Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / ____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)