

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg par jour et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans le dossier médical.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité pharmaceutique simultanément avec celui d'une autre spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque.

Demande de prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 12 mois

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque sur base des conditions du présent paragraphe, et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg par jour et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans son dossier médical.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité pharmaceutique simultanément avec celui d'une autre spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)