

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe (§ 11180100 du chapitre IV de la liste jointe à de l'A.R. du 1^{er} février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:

Première demande de remboursement pour une période de 12 mois

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 11180100 du chapitre IV de la liste jointe de l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir un remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe :

Le bénéficiaire présente une hypercholestérolémie familiale hétérozygote avec un score supérieur à 8 points selon les Dutch Lipid Clinical Network clinical criteria for diagnosis of HeFH et se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- 1. Les valeurs cibles de LDL-C suivantes ne sont pas atteintes malgré un traitement à la dose maximale tolérée de statine et d'ézétimibe
 - LDL-C > ou = 70 mg/dl
 - LDL-C > ou = 55 mg/dl dans une ou plusieurs des situations suivantes
 - un antécédent d'une atteinte coronaire sous forme d'un infarctus, d'un angor objectivé, d'un syndrome coronarien aigu, d'un pontage aorto-coronaire, d'une angioplastie coronaire ou d'une revascularisation carotidienne, dûment documenté par un examen technique dans le dossier médical.
 - un antécédent d'une atteinte cérébrale sous forme d'un accident vasculaire cérébral thrombotique ou d'un accident ischémique transitoire, dûment documenté par un examen technique dans le dossier médical.
 - un antécédent d'une atteinte périphérique sous forme d'une claudication intermittente ou d'une revascularisation périphérique, dûment documenté par un examen technique dans le dossier médical.
 - au moins un des facteurs de risque suivants: > ou = 65 ans, diabète, hypertension artérielle, tabagisme et/ou obésité
- 2. Intolérance ou contre-indication aux statines, si les valeurs cibles de LDL-C ne peuvent pas être atteintes avec l'ézétimibe seul.

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg/10 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 et/ou d'ézétimibe.

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 et d'ézétimibe 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 et d'ézétimibe chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg/10 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 et/ou d'ézetimibe.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)