

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe (§ 11180200 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 § 11180200 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 dyslipidémie mixte ou une hypercholestérolémie primaire 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 dans une ou plusieurs des situations suivantes
 - TC > ou = 310 mg/dl
 - LDL-C > ou = 190 mg/dl
 - pression artérielle > ou = 180/110 mmHg
 - diabète depuis plus de 10 ans ou combiné à un autre facteur de risque tel que : > ou = 65 ans, hypertension artérielle, tabagisme ou obésité
 - insuffisance rénale chronique modérée (FG = 30-59 ml/min/1,73m²)
 - calcul du risque cardiovasculaire absolu chez le bénéficiaire donnant un résultat > ou = 5% à 10 ans ; Ce risque est calculé selon les recommandations de l'ESC/EAS reconnues par les sociétés médico-scientifiques belges en 2019
 - 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.
 - diabète avec atteinte d'au moins un organe-cible ou au moins 3 facteurs de risque suivants : > ou = 65 ans, hypertension artérielle, tabagisme ou obésité, ou déclaration précoce d'un Diabète de type 1 (depuis au moins 20 ans)
 - insuffisance rénale chronique sévère (FG < 30 ml/min/1,73m²)
 - calcul du risque cardiovasculaire absolu chez le patient donnant un résultat > ou = 10 % à 10 ans. Ce risque est calculé selon les recommandations de l'ESC/EAS reconnues par les sociétés médico-scientifiques belges en 2019

- 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 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'ézétimibe.

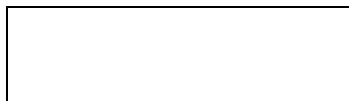
III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)