Annexe A: Modèle de formulaire de demande
Demande de remboursement de la spécialité REPATHA (§ 8670300 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

______________________ (nom)

______________________ (prénom)

______________________ (numéro d'affiliation)

II ☐ Première demande remboursement pour une période de 52 semaines

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie, responsable du traitement, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 8670300 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité REPATHA:

Le patient adulte présente une hypercholestérolémie familiale homozygote, définie par

☐ soit ayant un typage génétique positif

☐ soit ayant un taux de LDL-C non-traité >500 mg/dl ou un taux LDL-C traité >300 mg/dl en association avec:
- soit des xanthomes avant l'âge de 10 ans
- soit la preuve que les 2 parents sont des patients ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote

La spécialité est ajoutée au traitement actuel décrit par une des deux situations suivantes, documentée dans le dossier médical :

☐ soit un LDL-C ≥100 mg/dl avec antécédent de syndrome coronarien aigu, d'un accident vasculaire cérébral thrombotique ou d'une revascularisation artérielle (coronarienne ou périphérique), malgré un traitement
- soit avec l'ézétimibe en association avec une statine à la dose maximale tolérée;
- soit avec l'ézétimibe sans statine en cas d'intolérance ou de contre-indication aux statines;
- soit avec une statine seule en cas d'intolérance ou de contre-indication à l'ézétimibe.

OU

☐ soit un LDL-C ≥130 mg/dl malgré un traitement
- soit avec l'ézétimibe en association avec une statine à la dose maximale tolérée;
- soit avec l'ézétimibe sans statine en cas d'intolérance ou de contre-indication aux statines;
- soit avec une statine seule en cas d'intolérance ou de contre-indication à l'ézétimibe.

Une hypercholestérolémie secondaire (hypothyroïdie, maladie hépatique, autre) a été exclue.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables est limité sur base de la posologie maximale mentionnée dans le résumé des Caractéristiques du Produit.

Je m'engage à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique notifié dans le dossier médical tenu pour ce patient.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement du REPATHA pour une première période de 52 semaines.

III ☐ Demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 52 semaines

Je soussigné, médecin responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé de la spécialité REPATHA sur base des conditions du présent paragraphe, et la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 52 semaines.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement du REPATHA pour une nouvelle période de 52 semaines.

IV – Identification du médecin responsable du traitement:

______________________ (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.05.2017