ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'une combinaison d'atorvastatine et ézétimibe inscrite au (§8340100 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018).

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Demande de remboursement

Je soussigné, médecin responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions du §8340100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité.

Ce bénéficiaire adulte présente une hypercholestérolémie familiale et a été précédemment traité.

a) Conditions relatives à la situation du bénéficiaire:
☐ 1.Traitement après monothérapie:
En effet, le bénéficiaire remplit les conditions nécessaires après avoir reçu le remboursement d'une statine en catégorie A pour une hypercholestérolémie familiale conformément aux conditions du paragraphe relatif à cette statine.
Malgré un traitement d'au moins 3 mois avec cette statine, utilisée en monothérapie à la dose la plus efficace et en même temps la mieux tolérée pour ce bénéficiaire, il présente
☐ un taux de cholestérol LDL qui reste supérieur à 100 mg/dl ;
☐ un taux de cholestérol LDL qui reste supérieur à 70 mg/dl AVEC un antécédent cardiovasculaire prématuré (< 55 ans pour les hommes, < 60 ans pour les femmes).
Dans ce cas, je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie qui confirme la nécessité du traitement avec cette spécialité.

☐ 2. Traitement après bi-thérapie:
En effet, le bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'ézétimibe en catégorie A pour une hypercholestérolémie familiale en association fixe ou non fixe avec une statine conformément aux conditions du paragraphe relatif à la spécialité pharmaceutique.

b) Conditions relatives à la prescription de cette spécialité chez ce bénéficiaire:

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de cette spécialité chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à la dose maximale journalière définie dans la notice officielle, et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans son dossier médical.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de cette spécialité simultanément avec celui d'un autre hypolipidémiant (statine, ézétimibe, fibrate, ou dérivé de l'acide nicotinique).

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

III – Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.09.2022