

Demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'evolocumab (§ 8670300 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1^{er} février 2018)

[illegible]

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie ou médecin-spécialiste d'une autre spécialité, porteur du titre professionnel au niveau 3 particulier 'en endocrino-diabétologie', responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire ci-dessus remplit toutes les conditions du § 8670300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité:

- ☐ 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

- 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.

- 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.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour une première période de 52 semaines.

Je soussigné, médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé de cette spécialité 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 bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité ~~du~~ pour une nouvelle période de 52 semaines.

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

(nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

____/____/____ (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)