

ANNEXE A : modèle du formulaire de demande § 9820100

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité à base de rosuvastatine et d'ézétimibe (§ 9820100 du chapitre IV de l'AR du 1 février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Demande de remboursement

Je soussigné, médecin traitant, déclare que le bénéficiaire ci-dessus remplit toutes les conditions du § 9820100 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec une spécialité à base de rosuvastatine et d'ézétimibe.

Conditions relatives à la situation du bénéficiaire :

Le bénéficiaire adulte présente une hypercholestérolémie familiale et a été précédemment traité-

par une statine en monothérapie :

L'administration préalable d'une statine a été remboursée à ce bénéficiaire 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 patient, 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 de ce traitement avec une spécialité à base de rosuvastatine et d'ézétimibe.

par bi-thérapie :

Le bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'ézétimibe en catégorie A pour une hypercholestérolémie familiale en association, fixe ou non, avec une statine conformément aux conditions du paragraphe relatif à la spécialité pharmaceutique.

Conditions relatives à la prescription de la spécialité

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité à base de rosuvastatine et d'ézétimibe chez le 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 la spécialité simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, ézétimibe, fibrate, ou dérivé de l'acide nicotinique).

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

III – Identification du médecin responsable du traitement:

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)