Annexe A: Modèle de formulaire de demande

Demande de remboursement de la spécialité EZETROL (§8330100 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 – Demande de remboursement

Je soussigné médecin traitant, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 8330100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité Ezetrol:

☐ Traitement en monothérapie d'une hypercholestérolémie familiale

Le patient présente une intolérance ou une contre-indication aux statines et

☐ soit une hypercholestérolémie familiale hétérozygote avec un score supérieur à 8 points au Dutch Lipid Clinical Network clinical criteria for diagnosis of HeFH
Dans le cas où le taux LDL-C non-traité n'est pas connu, celui-ci peut être estimé en multipliant le taux LDL-C traité par des facteurs de correction qui ont été décrits par (Haralambos et al Atherosclerosis 2015: 240: 190-196)

☐ soit une hypercholestérolémie familiale homozygote définie par un patient ayant :
☐1. Soit un typage génétique positif;
☐2. Soit un taux LDL-C non-traité >500 mg/dL ou un taux LDL-C traité>300 mg/dL en association avec :
☐2.1. Soit des xanthomes avant l'âge de 10 ans;
☐2.2. Soit la preuve que les 2 parents répondent aux critères pour des patients avec une hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère comme définie dans les conditions de remboursement de la spécialité pour ce type de patients.

☐ soit une autre dyslipidémie de type génétique démontrée par la présence d'un taux de cholestérol total très élevé (> 300 mg/dl) avec ou sans hypertriglycéridémie, constatée sur au moins deux mesures malgré un régime bien suivi et des antécédents cardiovasculaires prématurés (Homme < 55 ans, Femme avant 60 ans)

☐ Traitement en association avec une statine d'une hypercholestérolémie familiale
Le patient présente une hypercholestérolémie familiale pour laquelle il a déjà reçu le remboursement d'une statine en catégorie A 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, le taux LDL-cholestérol reste supérieur à 115 mg/dl (100 mg/dl en cas d'antécédent de Syndrome Coronarien Aigu ou de diabète :

☐ 2.1. Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans
☐ 2.2. Diabète type 1 si présence de microalbuminurie

Je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie qui confirme la nécessité de cette bi-thérapie.

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 de l'Ezetrol

III – Identification du médecin responsable du traitement:

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

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)