

ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité INEGY (§ 4340200 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin traitant

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 4340200 pour obtenir un remboursement de la spécialité INEGY.

a) Conditions relatives à la situation du patient :

^(1.) **Traitement après monothérapie:**

En effet, le patient a déjà reçu le remboursement d'une statine en catégorie B conformément aux conditions de remboursement relatives 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 de cholestérol total reste supérieur à 190 mg/dl ou le cholestérol LDL supérieur à 115 mg/dl (respectivement 175 mg/dl et 100 mg/dl en cas d'antécédent d'au moins une atteinte artérielle (*) ou de diabète (**)). Je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, ou en pédiatrie (si le patient est âgé de moins de 18 ans), qui confirme la nécessité de ce traitement.

(*) Antécédent d'au moins une atteinte artérielle, dûment documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu par le prescripteur pour le patient concerné:

- 1.1. Soit coronaire: infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire;
- 1.2. Soit cérébrale: accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté;
- 1.3. Soit périphérique: claudication intermittente documentée.

(**) 1.4. Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans.
1.5. Diabète type 1 si présence de microalbuminurie.

^(2.) **Traitement après bi-thérapie:**

En effet, le patient a déjà reçu le remboursement d'ézétimibe en catégorie B pour une hypercholestérolémie primaire en association avec une statine conformément aux conditions du paragraphe relatif à l'ézétimibe.

b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité INEGY chez ce patient :

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité INEGY chez ce patient, 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 hypolipidémiant (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 traitant (nom, prénom, n° INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

