ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ATOZET (§ 7860200 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro 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 § 7860200 pour obtenir un remboursement de la spécialité ATOZET.

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 LDL reste supérieur à

100 mg/dl pour autant que le calcul du risque cardiovasculaire absolu (*) chez le patient donne un résultat ≥ 5 % à 10 ans ou

70 mg/dl pour autant que le calcul du risque cardiovasculaire absolu (*) chez le patient donne un résultat ≥ 10 % à 10 ans ou

70 mg/dl en cas d'antécédent d'au moins une atteinte artérielle ou de diabète ou

70 mg/dl chez un patient avec une insuffisance rénale chronique modérée (FG=30 - 60 ml/min/1,73 m²).

(*) Ce risque est calculé sur base du modèle SCORE tel que défini par l'ESC/ EAS en 2011.

(**) 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.

☐ **(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 la spécialité pharmaceutique.

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

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité ATOZET 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)