Annexe A: Modèle de formulaire de demande
Demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'evolocumab (§ 8670400 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II ☐ Première demande remboursement pour une période de 52 semaines

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne, ou en cardiologie ou en pédiatrie 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 § 8670400 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité:

Le bénéficiaire à partir de 10 ans jusqu'à 17 ans inclus présente une hypercholestérolémie familiale homozygote, définie par

☐ 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

La spécialité est ajoutée au traitement actuel, le taux de LDL-C étant resté supérieur au taux cible recommendé (LDL-C > ou =100 mg/dl) lors d'au moins 2 contrôles successifs malgré un traitement hypolipidémiant maximal toléré et bien observé.

Une hypercholestérolémie secondaire (hypothyroïdie, maladie hépatique, autre) a été exclue.

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 bénéficiaire.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

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

III ☐ Demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle 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)

Version valable à partir du 01.02.2023