

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité COLESTID (§ 2820100 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 2820100 pour obtenir un remboursement de la spécialité COLESTID

☐ (1.) Traitement en monothérapie d'une hypercholestérolémie familiale :

En effet, le patient remplit les deux conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de ce traitement en monothérapie:

D'une part, il présente une hypercholestérolémie familiale confirmée chez lui par :

- (1.1.) Soit une hypercholestérolémie sévère (cholestérol sérique ≥ 300 mg/dl mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) chez un bénéficiaire dont au moins un apparenté du premier degré a présenté une manifestation clinique d'une atteinte artérielle précoce, c'est à dire survenue avant l'âge de 55 ans pour un homme, ou avant l'âge de 65 ans pour une femme.

(*) Antécédent d'une atteinte artérielle:

- (1.1.1.) soit coronaire: infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorta-coronaire, angioplastie coronaire;
- (1.1.2.) soit cérébrale: accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté;
- (1.1.3.) soit périphérique: claudication intermittente documentée.

- (1.2.) Soit un typage génétique démontrant une mutation du récepteur au LDL cholestérol

D'autre part, il présente une intolérance ou une contre-indication aux statines.

- ☐ ^(2.) Traitement en bi-thérapie dans laquelle la COLESTIPOL est ajoutée à un traitement préalable avec une statine:

En effet, le patient a déjà reçu le remboursement d'une statine 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 dose maximale tolérée remboursable, 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 (cfr. point 1.1 ci-dessus) 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 cette bi-thérapie.

- (**) (2.1.) Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans.
(2.2.) Diabète type 1 si présence de microalbuminurie.

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

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité COLESTID 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 COLESTIPOL simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrates, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf dans la situation visée au point a) 2. du § 2820100 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001.

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

																(nom)
																(prénom)
1	-					-		-								(n° INAMI)

| | | / | | / | | | (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)