

## Formulaire de demande de remboursement en catégorie A (§ 3880000 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

Three empty number lines are provided for recording data. Each number line has 15 equal intervals, marked by vertical tick marks. The first number line is labeled '1' at the first tick mark and '2' at the second tick mark. The second and third number lines are also labeled '1' at the first tick mark and '2' at the second tick mark.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 3880000 pour obtenir un remboursement en catégorie A de la spécialité .....

En effet, le patient est atteint d'une hypercholestérolémie familiale démontrée chez lui par une hypercholestérolémie sévère (cholestérol sérique total supérieur ou égal à 300 mg/dl, mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et dont le caractère familial de l'hypercholestérolémie sévère a été confirmé :

- ☐ <sup>(1)</sup> Soit par le fait que au moins un apparenté du premier degré de ce bénéficiaire 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.

soit périphérique: claudication intermittente documentée ;

- ☐ (2.) Soit par un typage génétique qui démontre une mutation du récepteur au LDL cholestérol chez ce bénéficiaire pour autant que la détermination biologique de la présence de l'hypercholestérolémie sévère ait été établie préalablement à la demande de réalisation du test génétique  
(dans le cas où aucun apparenté au premier degré n'a présenté une manifestation clinique d'atteinte artérielle).

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)