

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CRESTOR 5mg (§ 2780200 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 § 2780200 pour obtenir un remboursement de la spécialité CRESTOR 5mg

- ☐ insuffisance rénale
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ antécédents personnels ou familiaux de maladies musculaires génétiques
- ☐ antécédents personnels d'atteintes musculaires avec un autre inhibiteur de l' HMG-CoA réductase ou un fibraté,
- ☐ consommation excessive d'alcool
- ☐ âge > 70 ans
- ☐ situations favorisant une élévation des taux plasmatiques
- ☐ Usage simultané de fibrates
- ☐ Autres (à expliciter): ...

□ En effet, le patient présente une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total  $\geq 175$  mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol  $\geq 100$  mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et se trouve en même temps dans au moins une des deux situations suivantes :

- ☐ Soit un antécédent d'au moins une atteinte artérielle (documentée par un examen technique complémentaire tenu dans le dossier médical du patient concerné)
- ☐ (2.2.1.1.) soit coronaire : infarctus, angor objektivité, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire
- ☐ (2.2.1.2.) soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté
- ☐ (2.2.1.3.) soit périphérique : claudication intermittente documentée
- ☐ (2.2.2.) Soit : Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans  
Diabète type 1 si présence de microalbuminurie

**b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité CRESTOR 5mg chez ce patient**

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité CRESTOR chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable de 5mg par jour, pendant une période de remboursement de maximum 4 semaines.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité CRESTOR 5mg simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, résine, 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, adresse, n° INAMI)**

(nom)

(prénom)

1  -      -   -     (n° INAMI)

/    /    (date)



(cachet)

..... (signature médecin) du