ANNEXE A : modèle du formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité COLESTID (§ 2820200 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° 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 § 2820200 pour obtenir un remboursement de la spécialité COLESTID

a) Conditions relatives à la situation du patient :

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

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

D'une part,

Soit, il présente une hypercholestérolémie primaire (cholestérol sérique ≥ 190 mg/dl, ou LDL-cholestérol ≥ 115 mg/dl, mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et, simultanément, se trouve dans la situation à risque suivante:

☐ (1.1.) le calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel chez le patient donne actuellement (ou a, ou aurait donné, à une date déterminée(*)) un résultat égal ou supérieur à 5 % à 10 ans, ce risque étant calculé sur base du modèle SCORE adapté à la situation belge (Rev Med Liege 2005 ; 60 : 3 : 163-172) en tenant compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol sérique, de la pression artérielle systolique et du tabagisme.

(*) dans le cas où la prise d'un traitement avec un médicament hypolipémiant a actuellement entraîné une amélioration de son profil de risque.

(2.) Soit, il présente une hypercholestérolémie primaire (cholestérol sérique ≥ 175 mg/dl, ou LDL-cholestérol ≥ 100 mg/dl, mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et, simultanément, se trouve dans une des deux situations à risque suivante :

☐ (2.1.) Antécédent d'au moins une atteinte artérielle (documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu pour ce patient):

☐ (2.1.1.) soit coronaire : infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire;

☐ (2.1.2.) soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté;

☐ (2.1.3.) soit périphérique : claudication intermittente documentée.

☐ (2.2.) Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans;

☐ (2.3.) Diabète type 1 si présence de microalbuminurie.

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

☐ (3.) 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 B 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 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.

☐ (4.) Traitement de l'ictère cholestatique et des entéropathies exsudatives:

En effet, le patient présente un prurit par ictère cholestatique, ou une entéropathie exsudative liée à la présence d'un excès de sels biliaires trouvant son origine dans des troubles de réabsorption.

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.

Version valable à partir du 01.11.2013

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la cholestéramine simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf dans la situation visée au point a) 3. du § 2820200 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.

III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI)

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.11.2013