

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité .....  
(§ 3980000 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 § 3980000 pour obtenir un remboursement de la spécialité .....

☐ Remboursement en catégorie A :

En effet, le patient est atteint d'une hypercholestérolémie familiale confirmée chez lui par :

- ☐ <sup>(1.1)</sup> Soit une hypercholestérolémie sévère (cholestérol sérique  $\geq 300$  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'au moins une atteinte artérielle, dûment documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu par le prescripteur pour le patient concerné:

soit coronaire : infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire.

soit cérébral: accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté;  
soit périphérique: claudication intermittente documentée

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

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

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité ..... chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable de 40 mg par jour 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 spécialité ..... simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf lorsque les conditions relatives à l'association visée, telles qu'elles figurent dans la réglementation de l'autre hypolipémiant concerné, sont remplies.

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)