ANNEXE A : modèle du formulaire de demande Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PRAVAFENIX (§ 6540000 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 § 6540000 pour obtenir un remboursement de la spécialité PRAVAFENIX.
a) Conditions relatives à la situation du patient
Remboursement en catégorie B :
 □ Traitement après monothérapie: En effet, le patient remplit les conditions nécessaires après avoir reçu le remboursement de la pravastatine 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 la dose la plus efficace et en même temps la mieux tolérée pour ce patient, il présente □ (1) Soit, un taux de triglycérides sériques qui reste supérieur à 190 mg/dl et de cholestérol HDL inférieur à 40 mg/dl, et, simultanément, se trouve dans la situation à risque suivante: - 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 hypolipidémiant a actuellement entraîné une amélioration de son profil de risque.
 □ (2) Soit, un taux de triglycérides sériques qui reste supérieur à 175 mg/dl et de cholestérol HDL inférieur à 40 mg/dl, 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 ; Diabète type 1 si présence de microalbuminurie Je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, ou en endocrinologie, qui confirme la nécessité de ce traitement.
b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité PRAVAFENIX chez ce patient
Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité PRAVAFENIX 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 spécialité simultanément avec celui d'un autre hypolipidémiant (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, n° INAMI)
1 - [] - [] - [] - [] (n° INAMI)
/ / (date)

(cachet)

(signature du médecin)