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 § 4370000 pour obtenir un remboursement de la spécialité MERCKPRAVASTATINE
a) Conditions relatives à la situation du patient
Remboursement en catégorie A :
☐ En effet, le patient est atteint d'une hypercholestérolémie familiale confirmée chez lui par :
□ (1.1.1.) Soit une hypercholestérolémie sévère (cholestérol sérique ≥ 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 cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté ; soit périphérique : claudication intermittente documentée.
□ (1.1.2.) Soit un typage génétique démontrant une mutation du récepteur au LDL cholestérol
□ (1.2.) En effet, le patient a subi une greffe cardiaque
b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité MERCKPRAVASTATINE chez ce patient
Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité MERCKPRAVASTATINE 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 MERCKPRAVASTATINE 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)

(signature du médecin)

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité MERCKPRAVASTATINE (§ 4370000 du chapitre IV de l' AR du 21

ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

(cachet)