

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe (S 11180200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018).

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

☐ Il s'agit d'une première demande de remboursement

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au §11180200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018 pour obtenir un remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe.

Le bénéficiaire présente une dyslipidémie mixte ou une hypercholestérolémie primaire et se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

1. Les valeurs cibles de LDL-C suivantes ne sont pas atteintes malgré un traitement à la dose maximale tolérée de statine et d'ézetimibe chez :

 - ☐ Un bénéficiaire à haut risque cardiovasculaire avec LDL-C > ou = 70 mg/dL dans au moins une des situations suivantes :
 - ☐ TC > ou = 310 mg/dL.
 - ☐ LDL-C > ou = 190 mg/dL.
 - ☐ Pression artérielle > ou = 180/110 mmHg.
 - ☐ Diabète depuis plus de 10 ans ou diabète combiné à un autre facteur de risque tel que : > ou = 65 ans, hypertension artérielle, tabagisme ou obésité.
 - ☐ Insuffisance rénale chronique modérée définie par :
 - eGFR 30–44 mL/min/1.73 m² et ACR < 30 mg/g.
 - OU eGFR 45–59 mL/min/1.73 m² et ACR 30–300 mg/g.
 - OU eGFR > ou = 60 mL/min/1.73 m² et ACR >300 mg/g.
 - ☐ Calcul d'un risque cardiovasculaire élevé selon SCORE2 / SCORE2-OP (ESC 2021) chez le bénéficiaire « en bonne santé apparente ».
 - ☐ Un bénéficiaire à très haut risque cardiovasculaire avec LDL-C > ou = 55 mg/dL dans au moins une des situations suivantes :
 - ☐ Maladie cardiovasculaire athérosclérotique (MCVAS) clinique ou démontrée par imagerie.
 - ☐ Diabète avec antécédent de maladie cardiovasculaire et/ou atteinte sévère d'organe-cible :
 - eGFR < 45 mL/min/1.73 m².
 - eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² et ACR 30 -300 mg/g.
 - ACR > 300 mg/g.
 - Microangiopathie sur au moins 3 sites.
 - ☐ Insuffisance rénale chronique sévère définie par :
 - eGFR < 30 mL/min/1.73 m².
 - Ou eGFR 30–44 mL/min/1.73 m² et ACR > 30 mg/g.
 - ☐ Calcul d'un risque cardiovasculaire très élevé selon SCORE2 / SCORE2-OP (ESC 2021) chez le bénéficiaire « en bonne santé apparente ».

- ☐ 2. Intolérance ou contre-indication aux statines, si les valeurs cibles de LDL-C ne peuvent pas être atteintes avec l'ézétimibe seul.

OU

- ☐ Le bénéficiaire présente une dyslipidémie mixte ou d'une hypercholestérolémie primaire, et a reçu simultanément un remboursement préalable pour le traitement avec une spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque sur base des conditions mentionnées dans le paragraphe 11170200 du chapitre IV et un remboursement préalable pour le traitement avec une spécialité pharmaceutique à base d'ézétimibe.

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg/10 mg par jour et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans le dossier médical.

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe inscrite au § 11180200 pour 1 conditionnement de 28 comprimés et 4 conditionnements de 98 comprimés pendant une première période de maximum 60 semaines (posologie maximale de 180 mg/10 mg d'acide bempédoïque/ézétimibe par jour).

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve relatifs à la situation clinique du bénéficiaire attestée ci-dessus.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité pharmaceutique avec une autre spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et/ou d'ézétimibe n'est jamais autorisé.

☐ **Il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe sur base des conditions du présent paragraphe, et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 56 semaines.

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription d'acide bempédoïque et d'ézétimibe chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 mg/10 mg par jour et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans le dossier médical.

Je demande pour ce bénéficiaire la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et d'ézétimibe inscrite au § 11180200 pour une nouvelle période de maximum 56 semaines avec 4 conditionnements de 98 comprimés (posologie maximale de 180 mg/10 mg d'acide bempédoïque/ézétimibe par jour).

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouvait, au moment de la prolongation, dans la situation attestée.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité pharmaceutique avec une autre spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque et/ou d'ézétimibe n'est jamais autorisé.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

____ (nom)

____ (prénom)

1 - ____ - ____ - ____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)

____ (cachet)

..... (signature du médecin)