

□ 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 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 de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque chez ce bénéficiaire, d'une posologie maximale remboursable limitée à 180 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 inscrite au § 11170100 pour une nouvelle période de maximum 56 semaines avec 4 conditionnements de 98 comprimés (posologie maximale de 180 mg d'acide bempédoïque 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 n'est jamais autorisé.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

 (cachet)

..... (signature du médecin)