

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque (§ 11170200 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 §11170200 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.

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

- Version valable à partir du 01.03.2025

- ☐ 2. Intolérance ou contre-indication aux statines.

OU

- ☐ Le bénéficiaire présente une dyslipidémie mixte ou d'une hypercholestérolémie primaire, et a reçu un remboursement préalable pour le traitement avec une spécialité pharmaceutique à base des principes actifs acide bempédoïque et ézetimibe sur base des conditions mentionnées dans le paragraphe 11180200 du chapitre IV.

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 le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'acide bempédoïque inscrite au § 11170200 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 d'acide bempédoïque 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 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 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 § 11170200 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)