

**Annexe A: Modèle de formulaire de demande**

Demande de remboursement de la spécialité  
du 21 décembre 2001)

(§8310400 du chapitre IV de l'arrêté royal

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II – Demande de remboursement**

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne ou cardiologie ou pédiatrie, responsable du traitement, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 8310400 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité

Le patient est âgé de moins de 18 ans et est atteint d'une hypercholestérolémie familiale définie par :

soit un LDL-C ≥ 190 mg/dl lors de 2 mesures successives après 3 mois d'un régime adéquat

soit un LDL-C ≥ 160 mg/dl lors de 2 mesures successives après 3 mois d'un régime adéquat

ET une des conditions suivantes :

Des antécédents familiaux de pathologie coronarienne prématurée\*

\* < 55 ans pour les hommes, < 60 ans pour les femmes

et/ou une cholestérolémie initiale élevée chez un parent au premier degré (père, mère, fratrie)

Soit un LDL-C ≥ 135 mg/dl lors de 2 mesures successives après 3 mois d'un régime adéquat

ET une des conditions suivantes :

un parent au premier degré (père, mère, fratrie) avec diagnostic génétique d'hypercholestérolémie familiale

et/ou un diagnostic génétique d'une hypercholestérolémie familiale

Cette hypercholestérolémie familiale est de type

hétérozygote

homozygote

non déterminé à ce jour

Dans le cas où le taux LDL-C non-traité n'est pas connu, celui-ci peut être estimé en multipliant le taux LDL-C traité par des facteurs de correction qui ont été décrits par Haralambos et al (Atherosclerosis 2015: 240: 190-196).

Une hypercholestérolémie secondaire (hypothyroïdie, maladie hépatique, autre) a été exclue.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables est limité sur base de la posologie maximale mentionnée dans le résumé des Caractéristiques du Produit.

Je m'engage à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique notifié dans le dossier médical tenu pour ce patient.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de

**III – Identification du médecin responsable du traitement:**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

.....

(signature du médecin )

