

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

Demande de remboursement de la spécialité

(§8320300 du chapitre IV de l'arrêté royal du

21 décembre 2001)

**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, responsable du traitement, déclare que le patient ci-dessus remplit toutes les conditions du § 8320300 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité

Ce patient adulte présente des facteurs prédisposants (\*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante.

(\*) De tels facteurs comprennent entre autres : insuffisance rénale, hypothyroïdie, antécédents personnels ou familiaux de maladies musculaires génétiques, antécédents personnels d'atteintes musculaires avec un autre inhibiteur de l' HMG-CoA réductase ou un fibrate, consommation excessive d'alcool, âge > 70 ans, situations favorisant une élévation des taux plasmatiques, usage simultané de fibrates.

Le patient présente une dyslipidémie de type génétique autre que celles décrites aux §8320100 et 8320200, démontrée par :

- la présence d'un taux de cholestérol total très élevé (> 300 mg/dl) avec ou sans hypertriglycéridémie, constatée sur au moins deux mesures malgré un régime bien suivi
- et des antécédents cardiovasculaires prématurés (Homme < 55 ans, Femme < 60 ans)

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables est limité à une posologie maximale de 5mg par jour et à un conditionnement de 28 ou 30 comprimés.

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 d'une spécialité à base de 5mg rosuvastatine.

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

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

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

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

..... (signature du médecin )

