

Formulier voor de aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur (§11170200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

☐ **Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat bovenvermelde rechthebbende voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 11170200 van hoofdstuk IV van de lijst toegevoegd bij het KB van 01.02.2018 om de vergoeding te bekomen voor de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur.

De rechthebbende lijdt aan een gemengde dyslipidemie of aan een primaire hypercholesterolemie en bevindt zich in één van de twee volgende situaties :

- ☐ 1. De volgende LDL-C streefwaarden werden niet bereikt ondanks behandeling met de maximaal verdraagbare dosis statine en ezetimibe bij :
- ☐ Een rechthebbende met een hoog cardiovasculair risico met een LDL-C $>$ of $=$ 70 mg/dL in minstens een van de volgende situaties :
 - ☐ TC $>$ of $=$ 310 mg/dL.
 - ☐ LDL-C $>$ of $=$ 190 mg/dL.
 - ☐ Bloeddruk $>$ ou $=$ 180/110 mmHg.
 - ☐ Diabetes sinds meer dan 10 jaar of diabetes gecombineerd met een andere risicofactor, zoals : $>$ of $=$ 65 jaar, hypertensie, roken of obesitas.
 - ☐ Matig chronische nierinsufficiëntie gedefinieerd door :
 - eGFR 30–44 mL/min/1.73 m² en ACR $<$ 30 mg/g.
 - OF eGFR 45–59 mL/min/1.73 m² en ACR 30–300 mg/g.
 - OF eGFR $>$ of $=$ 60 mL/min/1.73 m² en ACR $>$ 300 mg/g.
 - ☐ Berekening van een hoog cardiovasculair risico volgens SCORE2 / SCORE2-OP (ESC 2021) bij de rechthebbende in « ogenschijnlijk goede gezondheid ».
 - ☐ Een rechthebbende met een zeer hoog cardiovasculair risico met een LDL-C $>$ of $=$ 55mg/dL in minstens een van de volgende situaties :
 - ☐ Atherosclerotische hart- en vaatziekten (ASCVD) (klinisch/beeldvorming).
 - ☐ Diabetes met een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten en/of ernstige schade aan doelorganen :
 - eGFR $<$ 45 mL/min/1.73 m².
 - eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² en ACR 30-300 mg/g.
 - ACR $>$ 300 mg/g.
 - Microangiopathie op minstens 3 plaatsen.
 - ☐ Ernstig chronisch nierfalen, gedefinieerd door :
 - eGFR $<$ 30 mL/min/1.73 m².
 - OF eGFR 30–44 mL/min/1.73 m² en ACR $>$ 30 mg/g.
 - ☐ Berekening van een zeer hoog cardiovasculair risico volgens SCORE2 / SCORE2-OP (ESC 2021) bij de rechthebbende in « ogenschijnlijk goede gezondheid ».

- ☐ 2. Intolerantie of contra-indicatie voor statines.

OF

- ☐ De rechthebbende lijdt aan een gemengde dyslipidemie of aan een primaire hypercholesterolemie en kreeg een eerdere vergoeding voor de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van de werkzame bestanddelen bempedoïnezuur en ezetimibe op basis van de voorwaarden vermeld in paragraaf 11180200 van hoofdstuk IV.

Ik verbind mij ertoe, bij het voorschrijven van bempedoïnezuur bij deze rechthebbende, de maximaal vergoedbare posologie van 180 mg per dag te respecteren en jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, te noteren en bij te houden in het medisch dossier.

Ik vraag voor deze rechthebbende de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur ingeschreven in § 11170200 voor 1 verpakking van 28 tabletten en 4 verpakkingen van 98 tabletten gedurende een eerste periode van maximum 60 weken (maximale dosering van 180 mg bempedoïnezuur per dag).

Ik houd alle bewijsstukken met betrekking tot de hierboven geattesteerde klinische situatie van de rechthebbende ter beschikking van de adviserend-arts.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van deze farmaceutische specialiteit met een andere farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur nooit is toegelaten.

☐ **Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde bevestig dat bovenvermelde rechthebbende reeds een machtiging ontvangen heeft voor de vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur volgens de voorwaarden van deze paragraaf en dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is voor een nieuwe periode van 56 weken.

Ik verbind mij ertoe, bij het voorschrijven van bempedoïnezuur bij deze rechthebbende, de maximaal vergoedbare posologie van 180 mg per dag te respecteren en jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, te noteren en bij te houden in het medisch dossier.

Ik vraag voor deze rechthebbende de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur ingeschreven in § 11170200 voor een nieuwe periode van maximum 56 weken met 4 verpakkingen van 98 tabletten (maximale dosering van 180 mg bempedoïnezuur per dag).

Ik houd alle bewijsstukken die aantonen dat de rechthebbende zich op het moment van de verlenging in de geattesteerde toestand bevond ter beschikking van de adviserend-arts.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van deze farmaceutische specialiteit met een andere farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur nooit is toegelaten.

III – Identificatie van de voorschrijvende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer) :

____ (naam)

____ (voornaam)

1 - ____ - ____ - ____ (RIZIV n°)

____ / ____ / ____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)