

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier

Formulier voor de aanvraag tot terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur en ezetimibe (§11180100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts:

Eerste aanvraag voor een duurtijd van 12 maanden vergoeding

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat bovenvermelde rechthebbende voldoet aan de voorwaarden vermeld onder §11180100 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 en ezetimibe.

De rechthebbende lijdt aan een familiale heterozygote hypercholesterolemie bepaald met een score hoger dan 8 volgens de Dutch Lipid Clinical Network clinical criteria for diagnosis of HeFH 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
 - LDL-C > of = 70 mg/dl
 - LDL-C > of = 55 mg/dl in 1 of meerdere van volgende situaties
 - een antecedent van een coronaire aandoening zijnde ofwel een infarctus, een geobjectieerde angor, een acuut coronair syndroom, een aorto-coronaire bypass, een coronaire angioplastie of een carotis revascularisatie, grondig gedocumenteerd door een technisch onderzoek in het medisch dossier
 - een antecedent van een cerebrale aandoening zijnde een cerebrovasculair thrombotisch accident of een transitair ischemisch accident grondig gedocumenteerd door een technisch onderzoek in het medisch dossier
 - een antecedent van een perifere aandoening zijnde een claudicatio intermittens of een perifere revascularisatie, grondig gedocumenteerd door een technisch onderzoek in het medisch dossier
 - 1 of meer van volgende risicofactoren: > of = 65 jaar, diabetes, arteriële hypertensie, roken en/of obesitas
- 2. intolerantie of contra-indicatie voor statine, indien de LDL-C streefwaarden niet werden bereikt met ezetimibe alleen.

Ik verbind mij ertoe, bij het voorschrijven van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur en ezetimibe bij deze rechthebbende, de maximaal vergoedbare posologie van 180 mg/10 mg per dag te respecteren en jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, te noteren en bij te houden in het medisch dossier.

Ik houd ter beschikking van de adviserend-arts alle bewijsstukken die bovenstaande staven.

Ik verbind mij ertoe, om geen andere farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur en/of ezetimibe toe te voegen.

Vraag tot verlenging van de vergoeding voor een nieuwe periode van 12 maanden

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 en ezetimibe volgens de voorwaarden van deze paragraaf en dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is voor een nieuwe periode van 12 maanden.

Ik verbind mij ertoe, bij het voorschrijven van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur bij deze rechthebbende, de maximaal vergoedbare posologie van 180 mg/10 mg per dag te respecteren en jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, te noteren en bij te houden in het medisch dossier.

