BIJLAGE A: model van aanvraagformulier
Formulier voor de aanvraag tot terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van bempedoïnezuur en ezetimibe (§11180200 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 § 11180200 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 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

□ LDL-C > of = 70 mg/dl in 1 of meerdere van volgende situaties

□ TC > of = 310 mg/dl

□ LDL-C > of = 190 mg/dl

□ bloeddruk > of = 180/110 mmHg

□ diabetes sinds meer dan 10 jaar of in combinatie met een andere risicofactor: > of = 65 jaar, hypertensie, roken of obesitas

□ matig chronische nierinsufficiëntie (GF = 30-59 ml/min/1,73m²)

□ berekening van het absolute cardiovasculaire risico bij de rechthebbende die een uitslag geeft > of = 5 % op 10 jaar. Dit risico wordt berekend volgens de aanbevelingen van de ESC/EAS die in 2019 door de Belgische medisch-wetenschappelijke verenigingen zijn Erkend

□ LDL-C > of = 55 mg/dl in 1 of meerdere van volgende situaties

□ een antecedent van een coronaire aandoening zijnde ofwel een infarct, een geobjectiveerde 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 transitoir 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

□ diabetes met ten minste één doelorgaan schade of ten minste 3 van de volgende risicofactoren: > of = 65 jaar, hypertensie, roken of obesitas, of een vroeg begin van type 1 diabetes (gedurende ten minste 20 jaar)

□ ernstig chronische nierinsufficiëntie (GF < 30 ml/min/1,73m²)

□ berekening van het absolute cardiovasculaire risico bij patiënt die een uitslag geeft > of = 10 % op 10 jaar. Dit risico wordt berekend volgens de aanbevelingen van de ESC/EAS die in 2019 door de Belgische medisch-wetenschappelijke verenigingen zijn erkend

□ 2. Intolerantie of contra-indicatie voor statines, 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 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.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

| | (stempel) ..... (handtekening van de arts)