| Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité FUZEON (§ 3010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) |
|---|
| I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation): |
| |
| II - Eléments à attester par le prescripteur attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle : |
| II - A ⊔ <u>II s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 12 mois :</u> |
| Je soussigné, docteur en médecine, attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle, certifie que le patient mentionné ci-dessus est infecté par le virus VIH-1 et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 3010000 chapitre IV de l'A.R du 21 décembre 2001: |
| En effet, il est infecté par le virus VIH-1 Et présente ou a présenté un taux de cellules CD4 égal ou inférieur à 350/mm³ au moins une fois au cours de sa pathologie. Et se trouve en situation d'échec virologique, ou d'intolérance majeure à au moins une polythérapie antirétrovirale. Et présente, sur base de l'analyse des antécédents thérapeutiques et des résultats d'une analyse génotypique (comprenant la preuve d'une absence de résistance à l'enfuvirtide): |
| soit ⊔ un virus résistant à soit ⊔ un virus à sensibilité diminuée à soit ⊔ une intolérance à |
| au moins trois autres inhibiteurs des protéases (dont le lopinavir) pour ces 3 alternatives. |
| Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, et plus particulièrement la preuve des traitements précédents ainsi que le taux de cellules CD4. |
| II - B ⊔ <u>II s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:</u> |
| Je soussigné, docteur en médecine, attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle, certifie que la poursuite du traitement chez le patient mentionné ci-dessus est une nécessité médicale et que ce patient n'est pas en situation d'échec thérapeutique. |
| II – C Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de □ conditionnements (max. 13) de 60 flacons à 108 mg de la spécialité FUZEON pendant une période de 12 mois. |
| III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II: |
| |
| |
| _1 (n°INAMI) |
| /(date) |
| (cachet du médecin) (signature du médecin) |