	Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Stribild (§ 6810000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)
	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) :
L	
	II - Eléments à attester par le prescripteur attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle :
	II - A ⊔ II s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 12 mois :
	Je soussigné, médecin spécialiste 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 HIV-1 et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 6810000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
	En effet, il est infecté par le virus HIV-1, ET présente des manifestations cliniques liées à une infection par le VIH ou présente un nombre absolu de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 500/mm ³ ou un taux de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 25 % des lymphocytes totaux
	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 CD4.
	II - B ull s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:
	Je soussigné, médecin spécialiste 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'es 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 30 comprimés de la spécialité STRIBILD pendant une période de 12 mois.
	III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
L	1 - [
L	/

(cachet du médecin)

(signature du médecin)