Bijlage A: Model van gestandaardiseerd aanvraagformulier: Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit Aptivus (§ 3910000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)
I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):
II - Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten
II – A ⊔ Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling voor een periode van 12 maanden :
Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt geïnfecteerd is door het HIV-1 en dat hij/zij aan alle voorwaarden gesteld in § 3910000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 voldoet:
Inderdaad, de patiënt is geïnfecteerd door het HIV-1 En vertoont of heeft vertoond een aantal CD4-cellen lager of gelijk aan 350/mm³ minstens eens in het verloop van de aandoening. En bevindt zich in een staat van virologisch falen, of van majeure intolerantie aan ten minste één anti-retrovirale polytherapie Met er bij - ofwel een virus met resistentie
 ofwel een virus met bewezen minder gevoeligheid ofwel intolerantie voor minstens drie andere protease-inhibitoren (waaronder lopinavir), op basis van analyse van therapeutische antecedenten en van genotypische analyse (met inbegrip van het bewijs van afwezigheid van resistentie voor tipranavir).
Ik verbind mij ook ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, en in het bijzonder het bewijs van de voorgaande behandelingen, alsook het aantal CD4-cellen.
II – B \sqcup Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor een nieuwe periode van 12 maanden :
Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verbonden aan een erkend AIDS referentiecentrum dat een RIZIV Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat het voortzetten van de behandeling bij de hierboven vermelde patiënt een medische noodzaak is en dat de patiënt zich niet in een toestand van therapeutisch falen bevindt.
II - C Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs de terugbetaling
moet krijgen van ⊔⊔ verpakkingen (max. 13) van 120 capsules van 250 mg van de specialiteit APTIVUS.
III - Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:
(naam)
(voornaam)
1 - - (RIZIV nr)
/(datum)
(stempel van de arts) (handtekening van de arts)