

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Eviplera (§ 6340000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

II-A ☐ Il s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 12 mois :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne, certifie que le patient mentionné ci-dessus est infecté par le VIH et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 6320000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

En effet, le patient est infecté par le VIH

- avec un âge de  $\geq 18$  ans
- naïf de tout traitement antirétroviral contre ce virus
- avec une charge virale de  $\leq 100.000$  copies/ml d'ARN VIH-1
- avec manifestations cliniques liées à une infection par le VIH ou présentant un nombre absolu de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à  $500/\text{mm}^3$  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 ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne, certifie que la poursuite du traitement chez le patient mentionné ci-dessus est une nécessité médicale.

### **III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)

