Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Celsentri (§ 4670000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):
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 VIH et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4670000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
En effet, le patient est infecté par le VIH Et présente un virus à tropisme uniquement CCR5 Et présente ou a présenté un taux de cellules CD4 ≤ 350/mm³ Et se trouve en situation d'échec virologique, ou en situation d'intolérance à au moins une polythérapie antirétrovirale. Avec, sur base de l'analyse des antécédents thérapeutiques et des résultats d'une analyse génotypique,
soit ⊔ un virus résistant à
soit ⊔ un virus à sensibilité diminuée à soit ⊔ une intolérance à
au moins deux inhibiteurs des protéases 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, les résultats du test de tropisme, ainsi que le taux de CD4.
II - B 🗆 II s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:
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.
 II – C Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité CELSENTRI pendant une période de 12 mois avec une posologie maximale de 1200 mg par jour.
III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
(nom)
1 - [] - [] - [] - [] (n° INAMI)
/
(cachet du médecin) (signature du médecin)