

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Celsentri (§ 4670000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

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 $\leq 350/\text{mm}^3$
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

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.

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.

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

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

_____ (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | - | | | | (n° INAMI)

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

(cachet du médecin)

(signature du médecin)