Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ATRIPLA (§ 5270000 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 médecin spécialiste en médecine interne :
II-A ⊔ <u>Il s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 12 mois :</u>
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 § 5270000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
En effet, le patient est infecté par le VIH - avec manifestations cliniques liées à une infection par le VIH ou présentant un nombre absolu de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 500/mm3 ou un taux de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 25% des lymphocytes totaux ;
ET
 avec une suppression virale atteignant une concentration en ARN VIH-1 < 50 copies/ml sous traitement en cours pendant plus de trois mois.
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 $\ \sqcup$ 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:
1 - (n° INAMI)
/(date)
(cachet du médecin) (signature du médecin)