Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PREZISTA (§ 4240000 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
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 virus VIH-1 et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4240000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
En effet, le patient est infecté par le virus VIH-1 Et présente ou a présenté un taux de cellules CD4 égal ou inférieur à 500/mm³ ou un taux de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 20 % des lymphocytes totaux. Et se trouve en échec virologique, ou intolérance, à au moins une polythérapie antirétrovirale Et avec, 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.
En outre, 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 cellules CD4.
Je sais que la posologie maximale quotidienne est de 1200 mg.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement :  □de □□ conditionnements (max. 13) de 60 comprimés à 600 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 13) de 240 comprimés à 150 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 13) de 480 comprimés à 75 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 22) de 200ml suspension buvable à 100mg/ml de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.
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 et que ce patient n'est pas en situation d'échec thérapeutique.
Je sais que la posologie maximale quotidienne est de 1200 mg.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement :  □de □□ conditionnements (max. 13) de 60 comprimés à 600 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 13) de 240 comprimés à 150 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 13) de 480 comprimés à 75 mg de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.  □de □□ conditionnements (max. 22) de 200ml suspension buvable à 100mg/ml de la spécialité PREZISTA pendant une période de 12 mois.
III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
(nom)
(prénom)
1 - [         - [         (n° INAMI)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

(cachet du médecin)	(signature du médecin)	