

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Isentress (§ 4860000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

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

En effet, il est infecté par le virus HIV-1

**Et présente ou à présenté un taux de cellules CD4  $\leq 350/\text{mm}^3$  au moins une fois au cours de sa pathologie**

**Et** se trouve en échec virologique, ou intolérance, à au moins une polythérapie antirétrovirale

Et avec,

soit  $\sqcup$  un virus résistant à

soit  $\sqcup$  un virus à sensibilité diminuée à

soit  $\perp$  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 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, 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.

II - C Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de  conditionnements (max 13) de 60 comprimés à 400 mg de la spécialité ISENTRESS 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)