

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ATRIPLA (§ 5270000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

II-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

- 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.

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.

||||| (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

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

(cachet du médecin)

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)