

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Aptivus (§ 3910000 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 :

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 § 3910000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

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

Et présente ou a présenté au moins une fois dans le décours de cette affection un taux de cellules CD4 égal ou inférieur à 350/mm³.

Et se trouve en situation d'échec virologique, ou d'intolérance majeure à au moins une polythérapie antirétrovirale.

Et présente, sur base de l'analyse des antécédents thérapeutiques et des résultats d'une analyse génotypique (comprenant la preuve d'une absence de résistance au tipranavir) :

soit \sqcup un virus résistant à

soit \sqcup un virus à sensibilité diminuée à

soit \sqcup une intolérance à

au moins trois autres inhibiteurs des protéases (dont le lopinavir) 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 cellules 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 120 capsules à 250 mg de la spécialité APTIVUS 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)