

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PREZISTA (§ 5330000 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 avec manifestations cliniques liées à une infection par le VIH ou présentant un nombre absolu de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à $500/\text{mm}^3$ ou un taux de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 25% des lymphocytes totaux.

à la dose quotidienne maximale de 800 mg.

II – B Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:

à la dose quotidienne maximale de 800 mg.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | | (n° INAMI)

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

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)