	Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PREZISTA (§ 5330000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):
L	
	II – Eléments à attester par le prescripteur médecin spécialiste en médecine interne:
	II – A <u>II s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 12 mois:</u>
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne, certifie que le patient mentionné ci-dessus est infecté par le virus VIH et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5330000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
	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/mm³ ou un taux de lymphocytes CD4+ inférieur ou égal à 25% des lymphocytes totaux.
	Sur base de ces éléments, je demande pour ce patient le remboursement du □ Prezista 400 mg □ Prezista 800 mg à la dose quotidienne maximale de 800 mg.
	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 le taux de CD4.
	II – B II s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 12 mois:
	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.
	Sur base de ces éléments, je demande pour ce patient la prolongation du remboursement du Prezista 400 mg Prezista 800 mg à la dose quotidienne maximale de 800 mg.
	III – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
L	
L	(prénom)
L	1
L	/

..... (signature du médecin)

(cachet du médecin)