

Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de fostemsavir (§ 11250000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le prescripteur attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle :

II - A Il s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 6 mois :

Je soussigné, docteur en médecine, attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est infecté par le VIH et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 11250000 chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018:

Le bénéficiaire est infecté par le VIH-1 multirésistant, chez qui il est autrement impossible d'établir un schéma de traitement antirétroviral suppressif.

Et présente un échec virologique démontré et/ou intolérance, à tous les schémas de traitement antirétroviral recommandés par les recommandations les plus récentes de l'EACS ;

Et avec en outre:

- soit un virus résistant à
- soit un virus à sensibilité diminuée à
- soit une intolérance à

au moins deux classes différentes d'antirétroviraux figurant dans les schémas de traitement antirétroviral possibles et recommandés par les recommandations les plus récentes EACS.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, et plus particulièrement la preuve d'échec virologique démontré et/ou intolérance des traitements précédents.

Je m'engage à arrêter le traitement si je constate après 6 mois de traitement avec la spécialité que la charge virale a diminué de moins de 0,5 log ARN HIV-1 copies/ml par rapport à la charge virale avant le traitement avec la spécialité.

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 bénéficiaire mentionné ci-dessus est une nécessité médicale.

II - C Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de conditionnements de 60*600mg (maximum de 13 conditionnements) de la spécialité à base de fostemsavir pendant une période de 12 mois avec une posologie de 600 mg deux fois par jour.

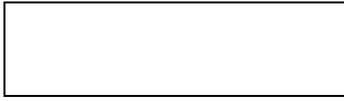
III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

_____ (nom)

_____ (prénom)

- - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)