ANNEXE A : **Modèle de formulaire de demande standardisé**
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique inscrite au §13880200 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

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

Je soussigné, docteur en médecine attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle, certifie que le bénéficiaire remplit toutes les conditions figurant au point a) du §13880200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

- ☐ Bénéficiaire infecté par le VIH-1.

- ☐ **ET** le bénéficiaire est âgé de 19 ans mais n'a pas encore atteint l'âge de 46 ans lors de la première administration pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements au maximum pendant une période de 12 mois de cette spécialité pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV.

En outre, 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.

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

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

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

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

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

(cachet) .... (signature du médecin)