Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé
Formulaire de demande de remboursement des spécialités inscrites au § 8750000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

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

| | | |

⊔ Je m'engage à effectuer les autres tests recommandés suivants, qui peuvent être effectués partiellement par le médecin généraliste, en accord avec le bénéficiaire et le Centre de Référence SIDA:

- VIH
- Syphilis
- gonorrhée
- Chlamydia
- Hépatite C
- Autres : …….

⊔ 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.

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

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

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

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

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

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)