

**Annexe B: Modèle de formulaire de demande de prolongation de remboursement**

Formulaire de demande de remboursement de spécialités inscrites au § 8750000 du chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

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

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

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

Je soussigné, médecin attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle, certifie qu'il/elle remplit toutes les conditions figurant au § 8750000 chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

J'atteste que mon patient est non infecté par le virus HIV.

Date du test : .....

J'atteste que mon patient adopte encore un comportement à haut risque de contamination HIV.

Je m'engage à mettre à jour les données enregistrées dans le registre .

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)