<u>Annexe A :</u> Modèle de formulaire de demande standardisé
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de lenacapavir au §13520000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

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

| | | |

Je m’engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

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

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)