

**Demande de prise en charge des médicaments  
sous forme injectable inclus dans les codes ATC  
J05AG05 (rilpivirine) et J05AJ04 (cabotégavir)**

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

**Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints de l'infection par le VIH, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e) remplit les critères statutaires de prise en charge des spécialités ..... et ..... (veuillez noter les noms et dosage des médicaments prescrits):**

1. Les spécialités font l'objet d'un remboursement si elles sont prescrites en association dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez les adultes virologiquement contrôlés (ARN du VIH-1 < 50 copies/ml) sous traitement antirétroviral stable, sans preuve de résistance actuelle ou antérieure et sans antécédent d'échec virologique aux agents de la classe des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et des inhibiteurs d'intégrase (INI).
2. Pour la personne protégée déjà traitée par ces médicaments, j'atteste qu'elle n'est pas en situation d'échec thérapeutique.
3. La personne protégée est informée que l'administration des médicaments doit être faite par un professionnel de santé, conformément à l'AMM.

**Sur base du présent document, la CNS donne son accord de prise en charge pour une durée maximale de 6 mois. L'autorisation de prise en charge peut être prolongée pour des nouvelles périodes de maximum 24 mois, sur base de ce même document.**

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,  
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – [pharma.cns@secu.lu](mailto:pharma.cns@secu.lu)

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------