

**Demande de prise en charge du médicament RUKOBIA**

Matricule du patient

Nom et prénom

Nom du médecin prescripteur

Code médecin

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ **Demande initiale** (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

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 de la spécialité RUKOBIA :

1. La spécialité est administrée à une personne protégée adulte infectée par le virus VIH-1 multirésistant, chez laquelle il est autrement impossible d'établir un schéma de traitement antirétroviral suppressif.
2. La spécialité n'est utilisée qu'en association avec d'autres antirétroviraux.

☐ **Demande de prolongation** (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 24 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 24 mois.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs 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