<u>ANNEXE A:</u> Modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de nirsevimab pour la prévention des infections respiratoires basses graves, dues au virus respiratoire syncytial (VRS) (§ 12820300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.)</u> :

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

<u>II – Eléments à attester par le médecin</u> :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est un enfant âgé de moins de 24 mois et remplit les conditions du § 12820300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour la prévention des infections respiratoires basses graves, dues au virus respiratoire syncytial (VRS), en raison de :

- ☐ Bénéficiaire jusqu'à l'âge de 24 mois qui sont stables après une chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle.

- ☐ Bénéficiaire qui reste vulnérable aux maladies graves dues au VRS en raison d'une pathologie sous-jacente :

  - Maladie pulmonaire chronique du prématuré ayant nécessité une prise en change médicale.
  - Cardiopathie congénitale hémodynamiquement significative.
  - Immunosuppression.
  - Syndrome de Down.
  - Mucoviscidose.
  - Maladie neuromusculaire.
  - Anomalies congénitales des voies respiratoires.

Je demande le remboursement pour une dose unique de :

- ☐ 50 mg administré par voie intramusculaire pour les nourrissons dont le poids est < 5 kg.

- ☐ 100 mg administré par voie intramusculaire pour les nourrissons dont le poids est > ou = 5 kg.

- ☐ 200 mg administré par voie intramusculaire pour les enfants jusqu'à l'âge de 24 mois lors de la 2ième saison VRS.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

<u>III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI)</u> :

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

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

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

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

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