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

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de glycoprotéine F du virus respiratoire syncytial (VRS) pour la protection passive contre la maladie des voies respiratoires inférieures causée par le VRS, chez les nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois, à la suite de l'immunisation de la mère pendant la grossesse (§13200000 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 remplit les conditions figurant au point a) du §13200000 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 protection passive contre la maladie des voies respiratoires inférieures causée par le VRS chez les nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois après l'immunisation de la mère entre la 28e et la 36e semaine de grossesse.

Je demande le remboursement d'une dose unique par grossesse.

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)