**ANNEXE A: Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de la vancomycine inscrite au §12040000 du chapitre IV de la liste attachée l'A.R. à du 1er février 2018.**

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):**

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement:**

Je soussigné,

- ☐ médecin spécialiste en gastro-entérologie
- ☐ médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en infectiologie clinique
- ☐ médecin spécialiste en gériatrie
- ☐ médecin spécialiste en médecine interne

et responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'une infection modérée à sévère à Clostridioides Difficile toxine-positif, et remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du §12040000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

- Le bénéficiaire a présenté au moins trois épisodes de diarrhée aqueuse au cours des 24 dernières heures.
- Le bénéficiaire a une infection avérée à Clostridioides Difficile produisant des toxines, comme en témoigne un test NAAT positif OU un test immunologique positif pour la toxine A et/ou B de C.Diff.

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, ainsi que le rapport du test de diagnostic positif.

Sur cette base, je confirme que le remboursement est nécessaire pour ce bénéficiaire pour une période de 10 jours avec un éventuel retraitement d'une rechute dans les 90 jours de la demande de remboursement.

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

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

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