

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de glycoprotéine E du virus Varicelle-Zona pour l'immunisation active pour la prévention du zona et des névralgies post-zostériennes de l'adulte (§12320000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

[illegible]

☐ ET/OU avoir subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques ou une greffe d'organe ou être candidat pour une greffe,

Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement de 2 conditionnements pour assurer ce traitement pendant une période maximale de 8 mois.

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.

(nom)
 (prénom)
 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

.....

(signature du médecin)