

ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique EFLUELDA pour l'immunisation active en prévention de la grippe de l'adulte de 75 ans et plus, pas institutionnalisé ou pas séjournant dans une autre forme d'institution (§ 12480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 75 ans et remplit les conditions du § 12480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018:

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité d'un vaccin contre la grippe à haute dose pour l'immunisation active en prévention de la grippe de la nouvelle saison grippale.

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.

III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)