ANNEXE A: Modèle du formulaire

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de glycoprotéine F du virus respiratoire syncytial (VRS) pour l'immunisation active pour la prévention des maladies des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncitial chez l'adulte de 65 ans et plus qui n'ont pas encore été vaccinés avec cette spécialité auparavant ou qui ont été vaccinés avec cette spécialité il y a plus de trois ans (§ 13470000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. 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 :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 65 ans et remplit les conditions figurant au point a) du § 13470000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

⊔ Institutionnalisé (maison de repos et de soins, maisons de convalescence, centre de court-séjour, centre d'accueil de jour et de soins de jour, résidence-services), ou autre forme d'institution.

OU

⊔ Présente un risque accru de maladie sévère due au VRS en raison d'une ou plusieurs comorbidités :

- Maladie respiratoire chronique.
- Insuffisance cardiaque chronique avec classe NYHA II – IV.
- Insuffisance rénale chronique avec KDOQI score 3-5.
- Diabète.
- Obésité (avec indice de masse corporelle ≥ 30).
- Immunodéficience pour cause de maladie ou traitement, y compris :
    - Les bénéficiaires atteints d'un cancer solide ou d'une hémopathie maligne, traités ou non au cours des 5 années précédant l'administration du vaccin.
    - Les bénéficiaires traités par immunosuppresseurs.
    - Les bénéficiaires ayant subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques ou une greffe d'organe, ou candidats pour une greffe.
    - Les bénéficiaires atteints par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et présentant un taux de cellules CD4 inférieur à 200/mm^3.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir, pendant une période de 3 mois, le remboursement d'un conditionnement de cette spécialité pour l'immunisation active pour la prévention des maladies des voies respiratoires inférieures dues au 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.

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

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

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

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

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

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