ANNEXE A : **Modèle de formulaire de demande standardisé**
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique inscrite au §13880300 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin prescripteur attaché à un centre disposant d'expérience en transplantation de cellules souches ou en transplantation d'organes solides :

Je soussigné, docteur en médecine attaché à un centre disposant d'expérience en transplantation de cellules souches ou en transplantation d'organes solides, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé de 19 ans mais pas encore de 46 ans et remplit les conditions figurant au point a) du §13880300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

☐ Bénéficiaire après une greffe de cellules souches, qui lors de la première administration a atteint l'âge de 19 ans mais pas encore l'âge de 46 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV :

- ☐ Il s'agit d'une immunisation après la première greffe de cellules souches.
- ☐ Il s'agit d'une immunisation après la deuxième greffe de cellules souches.

☐ Bénéficiaire après une transplantation d'organe solide, qui lors de la première administration a atteint l'âge de 19 ans mais pas encore l'âge de 46 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de 3 conditionnements au maximum pendant une période de 12 mois de cette spécialité pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV.

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)