ANNEXE A : **Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de valganciclovir pour la prévention de la maladie à cytomégalovirus (§ 2450200 du chapitre IV de la liste jointe à 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 spécialiste :

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la maladie à cytomégalovirus après une transplantation d'organe solide, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, remplit simultanément toutes les conditions du § 2450200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

Le bénéficiaire a subi une transplantation d'organe solide chez le receveur CMV-négatif d'un organe CMV-positif, ou chez le receveur CMV-positif d'un organe CMV-positif, ou chez le receveur CMV-positif d'un organe CMV-négatif :

□ Il s'agit d'une prévention de l'infection à CMV après une transplantation d'un organe solide.
□ Il s'agit d'une prévention de l'infection à CMV après une transplantation pulmonaire.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve attestant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de valganciclovir, inscrite dans le § 2450200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

⊔ Pour une période maximale de 200 jours après une transplantation d'un organe solide.

Je sollicite donc pour ce bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 200 jours après une transplantation d'un organe solide compte tenu :

- De la date présumée de début du traitement : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔
- Et de la posologie de 900 mg/ jour après une transplantation d'un organe solide, ce qui porte le nombre de conditionnements nécessaires pour la période de 200 jours maximum à :

  ⊔ Maximum de 7 conditionnements de 60 x 450mg comprimés
  ⊔ Ou maximum de 5 conditionnements de 90 x 450mg comprimés

⊔ pour une période maximale de 12 mois après une transplantation pulmonaire.

Je sollicite donc pour ce bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois après une transplantation pulmonaire compte tenu :

- De la date présumée de début du traitement : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔
- Et de la posologie de 900 mg/ jour après une transplantation pulmonaire, ce qui porte le nombre de conditionnements nécessaires pour la période de 12 mois maximum à :

  ⊔ Maximum de 12 conditionnements de 60 x 450mg comprimés.
  ⊔ Ou maximum de 8 conditionnements de 90 x 450mg comprimés.

III - Identification du Médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

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

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

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

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

(cachet) (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.09.2024