<u>ANNEXE A :</u> Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de valganciclovir inscrite dans le § 2450300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.) :</u>

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

<u>II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :</u>

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 fixées sous le point a) du § 2450300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

Le bénéficiaire a subi une transplantation d'organe solide, et souffre d'une infection à cytomégalovirus (CMV) et/ou une maladie à CMV.

□ Il s'agit d'une infection à CMV et/ou une maladie à CMV pendant un traitement préventif contre l'infection à CMV.

□ Il s'agit d'une infection à CMV et/ou une maladie à CMV après l'arrêt du traitement préventif contre l'infection à CMV .

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 § 2450300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour une période maximale de 69 jours et pour un maximum de 3 conditionnements de 60*450mg comprimés ou un maximum de 2 conditionnements de 90*450mg comprimés.

<u>III - Identification du Médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

| | (cachet) (signature du médecin)