

**ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande**

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité INFANRIX HEXA**

(§ 328 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

**II – Eléments à attester par le médecin traitant :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 328 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- âge compris entre 12 et 48 mois ;
- existence d'une raison médicale et/ou sociale documentée l'ayant empêché de bénéficier de la vaccination hexavalente, préconisée dans le calendrier vaccinal établi par le Conseil Supérieur d'Hygiène et administrée dans le cadre des dispositions spécifiques de remboursement en exécution du protocole d'accord conclu entre l'Autorité fédérale et les Communautés.
- La vaccination de rattrapage vise :
  - une ou plusieurs des 3 premières injections, qui n'a/n'ont pas pu être administrée(s) avant l'âge d'un an, et/ou
  - la 4<sup>ème</sup> injection, qui n'a pas pu être administrée avant l'âge de 24 mois.

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

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 18 mois, le remboursement de :

(maximum 4) conditionnements d'INFANRIX HEXA 1 x 0,5ml IM

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

1- (nom)  
(prénom)  
(N° INAMI)  
/ / (DATE)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)