

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BRETARIS GENUAIR (§ 7020000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une BPCO d'au moins un stade II documentée par tous les éléments suivants :

- Ce patient participe à un programme de réhabilitation pulmonaire:

☐ Non

☐ Il s'agit d'une première demande:

Je joins à la présente demande, le protocole de spirométrie établissant que ce patient se trouve dans la situation attestée, protocole daté et signé reprenant au minimum les différents critères fixés à l'ANNEXE B du § 7020000 de l'A.R. du 21-12-2001.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité BRETARIS GENUAIR poudre inhalation et je sollicite donc le remboursement de maximum 13 conditionnements de 60 doses pour 365 jours.

☐ Il s'agit d'une demande de prolongation :

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par le BRETARIS GENUAIR selon les conditions du § 7020000.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement avec amélioration de l'état clinique du patient.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité BRETARIS GENUAIR pour un traitement de BPCO et je sollicite donc le remboursement de maximum 13 conditionnements pour une nouvelle période de 365 jours.

J'ai connaissance que le remboursement simultané du Bretaris avec un autre anticholinergique à longue durée d'action (seul ou en association fixe) n'est jamais autorisé.

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

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

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

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

--

(cachet)

---

(signature du médecin )