

ANNEXE A: Formulaire de demande de remboursement pour un anticholinergique à longue durée d'action en association fixe appartenant à la catégorie B-267 (inscrits dans le § 8000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin traitant:

Il s'agit d'une première demande :

Je confirme que ce patient a préalablement reçu une autorisation de remboursement d'un anticholinergique à longue durée d'action dans la cadre d'un traitement BCPO en monothérapie .

Traitement en monothérapie avec la spécialité :

Date de début du traitement avec cette spécialité : .. / .. /

Date de fin du traitement avec cette spécialité : .. / .. /

J'atteste que ce traitement s'est montré inefficace par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'une association fixe qui contient un anticholinergique à longue durée d'action pour une période de 365 jours.

Il s'agit d'une demande de prolongation:

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement de 365 jours pour un anticholinergique à longue durée d'action en association fixe.

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 d'une association fixe qui contient un anticholinergique à longue durée d'action pour un traitement de BPCO.

Je me engage lors de la prescription de respecter la dose maximale en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit.

Je sais que le remboursement simultané de différentes spécialités contenant un anticholinergique à longue durée d'action (seul ou en association fixe) n'est jamais autorisé.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____/____/____ (date)

(cachet)

(signature du médecin)