ANNEXE A

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

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

| | | |

Je sais que le remboursement est limité à 1 dose de 322µg d'aclidinium deux fois par jour.
J'ai connaissance que le remboursement simultané du Bretaris Genuair avec un autre 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)