BIJLAGE A:
Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit BRETARIS GENUAIR (§ 7020000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door de geneesheer:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, attesteer dat de hierboven vermelde patiënt aan COPD van ten minste stadium II lijdt, gesteld aan de hand van alle volgende elementen:

- Symptomen van kortademigheid, sputum-productie of hoesten
- Geschiedenis van roken of gedocumenteerde blootstelling aan toxische partikels of gassen
- een ratio FEV1/VC < 0.7 (Tiffeneau Index) of FEV1/FVC < 0.7 (Forced Expiratory Volume in 1 second/ (Forced) Vital Capacity) na bronchodilatatie.
- COPD van ten minste stadium II volgens de GOLD-classificatie van 2011 voor de aantasting van de respiratoire flux, dit wil zeggen een FEV1 < 80%.

Deze patiënt neemt deel aan een programma van pulmonaire rehabilitatie:

- ☐ Ja
- ☐ Neen

☐ **Het betreft een eerste aanvraag** :

Ik voeg aan de huidige aanvraag het protocol van de spirometrie toe waaruit blijkt dat deze patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, het gedateerde en ondertekende protocol vermeldt minstens de verschillende criteria zoals beschreven in BIJLAGE B van § 7020000 van het K.B. van 21-12-2001.

Hiermee attesteer ik dat deze patiënt de terugbetaling nodig heeft van de specialiteit BRETARIS GENUAIR inhalatiepoeder om te inhaleren (met Genuair) en ik vraag bijgevolg de terugbetaling aan van 1 dosis 322µg aclidinium tweemaal per dag voor een periode van 365 dagen.

☐ **Het betreft een eerste aanvraag en deze patiënt heeft eerder een machtiging voor de terugbetaling van een langwerkend anticholinergicum alleen of in een vaste associatie met een langwerkend beta2-mimeticum verkregen conform de voorwaarden van hoofdstuk IV:**
Ik bevestig dat deze patiënt eerder een machtiging voor de terugbetaling verkreeg van een langwerkend anticholinergicum alleen of in een vaste associatie met een langwerkend beta2-mimeticum (conform de voorwaarden van de paragraaf van hoofdstuk IV met betrekking tot deze specialiteit, waardoor geen nieuw protocol van spirometrie aan deze aanvraag wordt toegevoegd.

Hiermee attesteer ik dat deze patiënt de terugbetaling nodig heeft van de specialiteit BRETARIS GENUAIR om te inhaleren en ik weet dat 1 dosis (322µg aclidinium) tweemaal per dag voor een periode van 365 dagen terugbetaald is.

Ik voeg de machtiging voor de terugbetaling toe van het geneesmiddel waarvoor de terugbetaling vroeger toegelaten werd aan de huidige aanvraag.

☐ **Het betreft een aanvraag tot verlenging**:

Deze patiënt heeft al de terugbetaling van BRETARIS GENUAIR verkregen voor minstens één behandelingsperiode conform de voorwaarden van §7020000.

Ik attesteer dat deze behandeling werkzaam is gebleken tegenover de klinische situatie van de patiënt vóór het opstarten van de behandeling met een verbetering van de klinische toestand van de patiënt.

Op basis van deze doeltreffendheid, attesteer ik dat deze patiënt de verlenging van de terugbetaling nodig heeft van de specialiteit BRETARIS GENUAIR voor een behandeling van COPD.
Ik weet dat 1 dosis 322µg aclidinium tweemaal per dag terugbetaald is.

Ik weet dat de gelijktijdige vergoeding van Bretaris met een ander langwerkend anticholinergicum (alleen of in een vaste associatie) nooit toegestaan is.

III – Identificatie van de geneesheer-(naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

| | (stempel) ..... (handtekening van de arts)