

Je soussigné, Docteur en Médecine, prie le médecin conseil d'accorder au patient:
Identification du bénéficiaire (nom, prénom et n° d'affiliation)

.....
.....
.....

Remboursement du Casodex® 50 (§ 4530100):

PREMIERE DEMANDE

Remboursement Casodex® 50 pour le traitement d'un cancer de la prostate avancé combiné à:

- un analogue de la LHRH ou
- une castration chirurgicale
- Je demande le remboursement d'un nombre de conditionnements de Casodex® 50 qui tiendra compte d'une posologie maximale de 1 comprimé de 50 mg par jour, pour une période de 12 mois

DEMANDE DE PROLONGATION

- Je demande la prolongation du remboursement d'un nombre de conditionnements de Casodex® 50 qui tiendra compte d'une posologie maximale de 1 comprimé de 50 mg par jour, pour une période de 12 mois

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

Motivation complémentaire éventuelle:

.....
.....
.....

Identification du médecin responsable du traitement :

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Date :

Signature :

CACHET