

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

.....

.....

.....

.....

Je, soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste responsable du traitement, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions décrites dans un des paragraphes suivants :

☐ PREMIERE DEMANDE

§ 470101 :

Traitement du carcinome de la prostate qui est métastasé ou localement invasif.
Je demande le remboursement de

- ☐ Zoladex® (goséréline 3,6 mg) pour maximum 12 mois
- ☐ Zoladex® Long Acting (goséréline 10,8 mg) pour maximum 12 mois

§ 470102 :

Pour obtenir une réduction de la masse tumorale maligne en vue d'une prostatovésiculectomie totale curative.
Je demande le remboursement de

- ☐ Zoladex® (goséréline 3,6 mg) pour maximum 12 mois

☐ DEMANDE DE PROLONGATION

§ 470101 :

Je demande la prolongation du remboursement pour le traitement du carcinome de la prostate qui est métastasé ou localement invasif.

- ☐ Zoladex® (goséréline 3,6 mg) pour maximum 12 mois
- ☐ Zoladex® Long Acting (goséréline 10,8 mg) pour maximum 12 mois

§ 470102 :

Je demande la prolongation du remboursement pour obtenir une réduction de la masse tumorale maligne en vue d'une prostatovésiculectomie totale curative.

- ☐ Zoladex® (goséréline 3,6 mg) pour maximum 12 mois

Je tiens à disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.
Motivation complémentaire éventuelle :

.....

.....

.....

.....

Identification du médecin responsable du traitement :

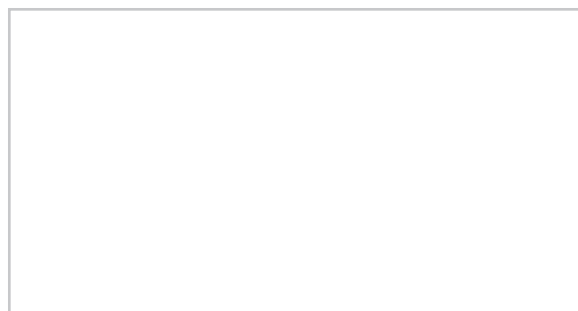
Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Date :

Signature :



CACHET