Aanvraag tot terugbetaling Casodex® 50

Ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verzoekt de adviserend geneesheer voor:

Identificatie van de rechthebbende
(naam, voornaam en aansluitingsnummer)

.....

.....

.....

Terugbetaling van Casodex® 50 (§ 4530100):

☐ EERSTE AANVRAAG
Terugbetaling van Casodex® 50 voor de behandeling van gevorderde prostaatkanker in combinatie met:
- ☐ een LHRH-analoog of
- ☐ met chirurgische castratie
- ☐ Ik vraag de terugbetaling van een aantal verpakkingen Casodex® 50 die zal rekening houden met een maximale vergoedbare posologie van één tablet à 50 mg per dag, voor een periode van 12 maanden

☐ AANVRAAG TOT VERLENGING
- ☐ Ik vraag de verlenging van de terugbetaling van een aantal verpakkingen Casodex® 50 die zal rekening houden met een maximale vergoedbare posologie van één tablet à 50 mg per dag, voor een periode van 12 maanden

Ik hou de bewijsstukken die de hierboven geattesteerde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Eventuele aanvullende motivering:

Identificatie van de behandelende geneesheer-specialist.

Naam: .....

Voornaam: .....

RIZIV Nr.: .....

Datum: .....

Handtekening:

STEMPEL