

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

ANASTROZOLE TEVA® 1mg

Conformément au paragraphe 5670100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

A l'attention du médecin-conseil

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom:.....
N° - N.I.S.S.:.....

Je soussigné, docteur en médecine, sollicite le médecin-conseil d'autoriser au patient susmentionné:

A. **Le remboursement** pourmois (max.12)

B. **La prolongation du remboursement** pourmois (max.12)

De l'**ANASTROZOLE TEVA® 1 mg** (disponible en emballage de 28 comprimés et 98 comprimés)

Et déclare que le patient concerné répond à toutes les conditions nécessaires pour le remboursement de l'Anastrozole Teva® 1 mg, comme indiqué au paragraphe 5670100:

La spécialité est remboursée si elle est administrée dans le traitement du cancer du sein à un stade avancé chez la femme ménopausée (ménopause naturelle ou artificielle), en cas de récurrence ou progression après traitement par anti-œstrogènes.

RAPPORT MOTIVÉ EN ANNEXE

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

Paragraphe 5670100: Sur base d'un rapport établi par un médecin spécialiste responsable pour le traitement, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois. L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base d'un rapport motivé du médecin traitant.

MEDECIN TRAITANT:

.....
.....

CACHET

Signature:

Date:../../.....