

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité XOFIGO (§ 7210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Version valable à partir du 01.09.2014

Je m'engage à arrêter le traitement remboursé si un traitement par chimiothérapie ou par radiothérapie externe hemibody est instauré.

Le patient a déjà reçu ____ (max. 5) injections de XOFIGO le

____ / ____ / ____ (date)

____ / ____ / ____ (date)

____ / ____ / ____ (date)

____ / ____ / ____ (date)

____ / ____ / ____ (date)

C'est pourquoi le patient a, en ligne avec la posologie/schéma posologique approuvé, encore droit à
6 - ____ = ____ injections de XOFIGO.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, je témoigne que l'état de ce patient nécessite le remboursement de ____ injections de la spécialité XOFIGO.

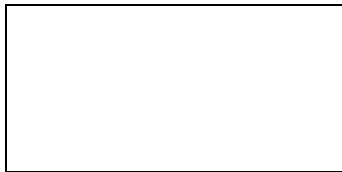
IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale, en urologie ou en radiothérapie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

____ (nom)

____ (prénom)

____ 1 - ____ - ____ - ____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)