

DEMANDE DE REMBOURSEMENT GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG

À l'attention du médecin-conseil

Je soussigné(e), Docteur en médecine, spécialiste en gynécologie, invite le médecin-conseil au remboursement à la patiente, sous réserve des conditions suivantes :

Nom et prénom :

Paragraphe	Traitement de		Remboursement	Prolongement du remboursement
470200	Endométriose*	<input type="checkbox"/> Gonapeptyl Depot 3,75 mg	<input type="checkbox"/> 3 seringues (= 3 mois)	<input type="checkbox"/> 3 seringues (= 3 mois)
470400	Fibromes de l'utérus	<input type="checkbox"/> Gonapeptyl Depot 3,75 mg	<input type="checkbox"/> 3 seringues (= 3 mois)	

* Le total des emballages remboursés ne peut permettre une durée de traitement de plus de 6 mois.

Anamnèse et Motivation – Rapport clinique et motivé

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

Coller une vignette de mutuelle ou compléter

Nom et prénom de l'assurée :

Adresse :

.....

Date :

Mutuelle :

Numéro d'inscription à la mutuelle :

Cachet	Signature du médecin
--------	----------------------