**Demande d'intervention dans les frais de déplacement dans le cadre d’un traitement d’hadronthérapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire**  Nom et prénom : …………………  NISS:……………………………………..  MUT : | Ou vignette   |  | | --- | |  | |
| **Dénomination et adresse du centre spécialisé**  Centre de protonthérapie ParTICLe (UZ Leuven) | |
| suit un traitement d’hadronthérapie dans l'établissement coché ci-dessus qui donne droit à l'intervention dans les frais de déplacement  Date(s) des déplacements : | |
| **Identification du médecin** | |
| Cachet | Date et signature |