**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 déplacementDate(s) des déplacements : |
| **Identification du médecin** |
| Cachet | Date et signature |