

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ALDARA (§4110000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

\_\_\_\_\_

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant le diagnostic chez ce patient.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)