

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CRESTOR 5 mg (§ 2780201 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

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

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

[1] - [] [] [] [] [] - [] [] - [] [] [] (n° INAMI)

[] [] / [] [] / [] [] [] [] (date)



(cachet)

..... (signature du médecin)