

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité BERINERT (§5750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, médecin spécialiste, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité BERINERT chez ce patient sont toutes remplies, vu que cette administration a été réalisée dans la situation attestée au point III ci-dessous :

(signature du médecin )