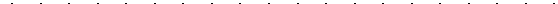


Formulaire de demande de remboursement de la spécialité MIMPARA pour une hyperparathyroïdie primaire (§ 4020300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

IV – Identification du médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :



_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

 / / (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)