

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PRADAXA 110 mg (§ 5220200 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 5220200 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

| |
|--|
| |
|--|

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)