

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité EZETROL (§ 3000100 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

**a) Conditions relatives à la situation du patient :**

- Version valable à partir du 01.11.2013

(nom)

1 - - - - - (n° INAMI)

/   /     (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)