

Version valable à partir du 01.04.2014

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de de conditionnements (maximum 13) de 14 comprimés.

III – Identification du médecin

<input type="text"/>	(nom)
<input type="text"/>	(prénom)
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	(N° INAMI)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(DATE)

(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)