

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REMICADE pour le traitement de la rectocolite hémorragique sévère (§ 3960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)