

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité REMICADE pour une arthrite rhumatoïde (§ 2200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que les conditions figurant au point a) et b) du § 2200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité REMICADE chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :



(cachet)

.....

(signature du médecin)