

## Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité VIREAD (§ 5290000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

--

(cachet)

---

(signature du médecin)