

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tralokinumab inscrite au \$12440000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018.

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

Je, soussigné, médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, expérimenté dans le traitement immunosuppresseur de la dermatite atopique sévère, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus répond à toutes les conditions suivantes :

- [illegible]

--

.....

Version valable à partir du 01.08.2024