

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de rivaroxaban (§12830200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

[illegible]

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n°INAMI)
 / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)