

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de de conditionnements (maximum 13) de 14 comprimés.

III – Identification du médecin

.....	(nom)
.....	(prénom)
U-.....-UU-.....	(N° INAMI)
UU / UU /	(DATE)

(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)