



3/18306/48/010

Nom et prénom du prescripteur

YOUSRI FHAIEL

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR:

nom et prénom
du bénéficiaire:

Naima Mouajil

à servir à la vignette
ou conditionnement

R/ Elmex Medical Gel 1,25 % gel dent. 2,87 mg + 2:
mg + 30 mg / 1 g 38 g

S/ 1x/ semaine pdt 5 minutes



Cachet du prescripteur

Date et signature du
prescripteur

Monsieur Youstri Fhaïel Dentiste
Rue Verkest 19
1210 Saint-Josse-Ten-Neode
Tel: 02/217.30.32
N°. INAMI: 3/18306/48/010

14-11-2019

Délivrable à partir de la date précitée ou
à partir du:

14-11-2019

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS