IDENTIFICATION OU CACHET DU PRESCRIPTEUR

IDENTIFICATION DU PATIENT
NOM : .....
Prénom : .....
N° CAFAT ou NCS (*) : .....
(*) N° de couverture sociale territorial

Tarification Pharmacien	Prescriptions EN RAPPORT avec la ou les affection(s) ayant entraîné la prise en charge à 100% au titre de l'assurance longue maladie
	○ ACHAT d'un déambulateur fixe ○ 2 roues ○ 4 roues ○ ○ LOCATION d'un déambulateur pour ..... semaine / ..... mois Pathologie : .....

Tarification Pharmacien	Prescriptions SANS RAPPORT avec la ou les longue(s) maladie(s) (MALADIES INTERCURRENTES)

IRN 202202087

DATE ____/____/____ SIGNATURE DU PRATICIEN :