

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
-------------------------	--

	<p>ACHAT d'une chaise garde-robe à roulette <input type="radio"/></p> <p style="margin-left: 100px;">Pieds fixe <input type="radio"/></p> <p style="margin-left: 100px;">Pieds ventouse <input type="radio"/></p> <p style="margin-top: 20px;">Pathologie :</p>
--	---

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

--	--

DATE ____/____/____

SIGNATURE DU PRATICIEN :