

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><input type="radio"/> ACHAT Verticalisateur + roulettes</p> <p><input type="radio"/> ACHAT sangle sous axillaire taille</p> <p>Pathologie :</p>

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

DATE ____/____/____

SIGNATURE DU PRATICIEN :