

Date de prescription

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

BENEFICIAIRE DES SOINS

NOM
suivi du nom d'épouse

Prénom

DN

Né(e) le

Code praticien

Sexe

Poids

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(AFFECTION EXONERANTE)

SPECIMEN

Nombre total de spécialité(s) pharmaceutiques(s) prescrite(s)
à remplir obligatoirement

Prescriptions **SANS RAPPORT** avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Nombre total de spécialité(s) pharmaceutiques(s) prescrite(s)
à remplir obligatoirement

IMPORTANT :

Sera poursuivi judiciairement quiconque se sera rendu coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues (art. 441.1 du code pénal)