

prescription lentilles de contact

identification du prescripteur

bénéficiaire des soins : nom, prénom

exonération du ticket modérateur

ALD

K>=50

AT/MP

AUTRE

date de l'ordonnance

transmission électronique de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

assuré - n° d'immatriculation

organisme de rattachement

bénéficiaire-n° d'immatriculation

à défaut, date de naissance

exécutant - n° d'identification

date d'exécution de l'ordonnance

Je certifie que les conditions médicales ¹de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations sanitaires **sont remplis** par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

signature du prescripteur

signature de l'exécutant

635.11.98

¹ *kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 8 dioptries, aphakie, anisométrie à 3 dioptries non corrigée par des lunettes, strabisme accommodatif*

prescription lentilles de contact

identification du prescripteur

bénéficiaire des soins : nom, prénom

exonération du ticket modérateur

ALD

K>=50

AT/MP

AUTRE

date de l'ordonnance

transmission électronique de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

assuré - n° d'immatriculation

organisme de rattachement

bénéficiaire-n° d'immatriculation

à défaut, date de naissance

exécutant - n° d'identification

date d'exécution de l'ordonnance

Je certifie que les conditions médicales ¹de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations sanitaires **sont remplis** par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

duplicata

signature du prescripteur

signature de l'exécutant

635.11.98

¹ *kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 8 dioptries, aphakie, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par des lunettes, strabisme accommodatif*