


PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS

ANNEXE 84

	Nom et prénom du prescripteur
---	-------------------------------

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR:

nom et prénom

du bénéficiaire:

Réservé à la vignette
du conditionnement

R/

Justification médicale de la prescription du médicament original dont le brevet a expiré :

Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
	délivrable à partir de la date précitée ou à partir du :

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS