

	Code prestataire prescripteur :
	<réservé CNS>
Matricule : Patient : N° Accident : Date Accident :	

Ordonnance médicale : Diététique

Date d'établissement :		Date d'expiration :		N° d'ordonnance :	
01	Acte :	Libellé :			
Nombre :		Code pathologie :			
02	Acte :	Libellé :			
Nombre :		Code pathologie :			
03	Acte :	Libellé :			
Nombre :		Code pathologie :			

Remarque(s) :	Signature du prestataire
---------------	--------------------------