**ORDONNANCE LPP**

**Identification du Prescripteur**

**Nom, Prénom** et N°RPPS

**Identification de la structure (Raison sociale du cabinet, de l’établissement et N°AM, FINESS géographique ou SIRET)**

**Identification du Patient (Nom de famille – de naissance) N° d’immatriculation**

Pour les patients en affection longue durée, rédiger sur ordonnance bizone (ou ne pas oublier de le mentionner si les soins sont en lien avec le 100%)

**Le** JJ / MM / AAAA

**• Produit ou prestation** (dénomination **générique** ou par **nom de marque** permettant le rattachement **précis** à la LPP)

**.... / jour qsp …. Jours**

**soit** **…. Conditionnements de ….. Unités**

**OU** **…. Unités**

**Prescription hors indications thérapeutiques ou diagnostiques remboursables**

**→ Ajouter la mention : « Non remboursable »**

**Prescription de produits et prestations d’exception**

**→ Prise en charge si prescription sur une « Ordonnance d’exception »** (Imprimé S3326b)

**ORDONNANCE POUR 1 MOIS A RENOUVELER …. FOIS**

**OU ORDONNANCE POUR … MOIS (maximum 12 mois)**

