

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

numéro d'immatriculation

code de l'organisme

de rattachement

en cas de dispense d'avance des frais

date de naissance

J J M M A A A A

rang de naissance, si naissances multiples

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

PHARMACIEN ou FOURNISSEUR (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

identification du pharmacien ou du fournisseur

prescripteur

n° d'identification

nom

prestation ou traitement prescrit le

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MALADIE

exonération du ticket modérateur : non

oui

(si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

oui

date

J J M M A A A A

personne visée à l'art. L. 115

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

tarification détaillée

imprimer les codes à barres ou
coller les vignettes des médicamentsou les étiquettes de la liste
des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MONTANT TOTAL
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
et du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

(*) voir notice au verso