



N° 11389\*03

joindre la prescription  
sauf si renouvellement

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. 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 médicaments  
ou 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 eurosl'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 signerLa loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 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

S 3115f

# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

La feuille de soins a été simplifiée, les informations que vous devez y porter sont maintenant peu nombreuses :

- il s'agit de celles figurant dans la rubrique "personne recevant les soins et assuré(e)", y compris votre adresse.
- vous devez aussi signer la feuille de soins.

**Le bon remplissage des rubriques conditionne le remboursement, par l'assurance maladie, des actes effectués.**

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'entente préalable).

## (\*) quelques conseils pour remplir la rubrique "personne recevant les soins et assuré(e)"

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (**le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser**).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**.
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance** et votre **rang de naissance, en cas de naissances multiples** (ce rang figure sur l'attestation papier accompagnant votre carte Vitale),
  - le **nom** et le **prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**.

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur mais vous pouvez l'aider en lui apportant les informations vous concernant.**

- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

## recommandations importantes

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.