

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 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 fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer