

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom - Prénom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient

S'agit-il d'un accident ? OUI Date NON

Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom Date de naissance

Est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

Adresse de l'intéressé(e), dans le cas où il(elle) ne réside pas chez l'assuré(e)

SITUATION A LA DATE DE LA PROPOSITION DU TRAITEMENT

ACTIVITE SALARIEE ou arrêt de travail ACTIVITE NON SALARIEE

SANS EMPLOI - Date de cessation d'activité

PENSIONNE(E) AUTRE CAS, lequel

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

"LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code P énal)"

Signature de l'assuré(e)

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

MODE DE REMBOURSEMENT (2)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE

Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

(2) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

LA LOI 78.17 du 6.1.78 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES S'APPLIQUE AUX REponses FAITES SUR CE FORMULAIRE. ELLE GARANTIT UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT, AUPRES DE VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE.

PARTIE RESERVEE A LA FACTURATION DU PHARMACIEN

1ere facturation du pharmacien

	Tarification détaillée ou opérations diverses	TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

Montant brut des produits

Somme effectivement perçue* €

Date de l'ordonnance

Date de la facture

CACHET

1ere ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original de l'ordonnance et adresse le second exemplaire à son organisme d'assurance maladie

Coller ici les vignettes dans l'ordre de la prescription

Cachet du pharmacien attestant le paiement (Si le système du tiers payant est appliqué, le mentionner)

2eme facturation du pharmacien

	Tarification détaillée ou opérations diverses	TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

Montant brut des produits

Somme effectivement perçue* €

Date de l'ordonnance

Date de la facture

CACHET

2eme ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original de l'ordonnance et adresse le second exemplaire à son organisme d'assurance maladie

Coller ici les vignettes dans l'ordre de la prescription