



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

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

numéro de facture (facultatif)

date 09/10/2016

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

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

nom et prénom **ALTO**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance JJMMAAAA

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

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

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PIAT BUREL LAURENCE SYLVIA

OLLARL PHARMACIE DU CENTRE
22 BRANOU RUE

89340 VILLENEUVE LA GUYARD

892003096

161 1 03.86.86.47.53

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **CLINIQUE Veterinaire**

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINISS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 18/10/2016

date de l'accord préalable (le cas échéant) JJMMAAAA

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date JJMMAAAA

AT/MP

numéro

ou

date JJMMAAAA

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Acte	UVP	N° VSE	N° I	FACTURE LIGELLE	NOUVEAU	INDIC	INDIC
PH7	3400330803433	2	2,23	4,46 TORREX GULLYR			
HD7		2	1,02	1,04 HUNDRHIRE PH.			
PH4	3400331134733	1	4,42	4,42 VITHE O, COMUI/B			
HD4		1	1,02	1,02 HUNDRHIRE PH.			
PH7	3400333041134	1	2,88	2,88 LANCIGEL O, CA B			
HD7		1	1,02	1,02 HUNDRHIRE PH.			
PH4	3400334796708	1	2,33	2,33 UNICURUSO D 1HV			
HD4		1	1,02	1,02 HUNDRHIRE PH.			

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

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
ou du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

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 modifiée, 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.