cerfa
N° 11389*05

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

numéro de facture *(facultatif)*

date J J M M A A A A

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

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

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

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale J J M M A A A A

date de l'accord préalable *(le cas échéant)* J J M M A A A A

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 J J M M A A A A

AT/MP numéro **ou** date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

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.

IMP COSTE AUBENAS

FSPHF 10-2014 S3115h