

N° 60-3976

(art. R 163-2 - 2° al. Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION



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

ADRESSE

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

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

- 1** Le malade est-il détenteur d'un carnet médical ? OUI NON
 Si oui, présentation de celui-ci OUI NON
 En cas de non présentation, motif :

2 Médicament prescrit

(Présentation : forme, dosage,
voie d'administration)

Posologie

Durée du traitement

- 3** La prescription concourt au traitement d'une affection de longue durée, mentionnée au protocole d'examen spécial ? OUI NON

4 Je soussigné(e), Docteur, atteste que la prescription du médicament concernant le patient susdésigné, est conforme aux indications de la fiche d'information thérapeutique en vigueur à la date de la présente ordonnance.

Le à

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Date du nouveau diagnostic (1)

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement

(sur les 4 volets)

(1) si prescription initiale hospitalière

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN
(sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

NOTICE

Votre médecin vous a prescrit un médicament dont le remboursement est subordonné à une formalité particulière.

Pour être remboursé(e), vous devez adresser à votre organisme d'assurance maladie votre feuille de soins ou volet de facturation accompagné des 2^e et 3^e volets du présent document.

Vous conservez le premier volet.

Le pharmacien conserve le 4^e volet.

N° 60-3976

(art. R 163-2 - 2° al. Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

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

ADRESSE

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

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

- 1** Le malade est-il détenteur d'un carnet médical ? OUI NON
Si oui, présentation de celui-ci OUI NON
En cas de non présentation, motif :

2 Médicament prescrit

(Présentation : forme, dosage,
voie d'administration)

Posologie

Durée du traitement

- 3** La prescription concourt au traitement d'une affection de longue durée, mentionnée au protocole d'examen spécial ? OUI NON

4 Je soussigné(e), Docteur , atteste que la prescription du médicament concernant le patient susdésigné, est conforme aux indications de la fiche d'information thérapeutique en vigueur à la date de la présente ordonnance.

Le à
Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement

Date du nouveau diagnostic (1)

(sur les 4 volets)

(1) si prescription initiale hospitalière

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN
(sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

N° 60-3976

(art. R 163-2 - 2° al. Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

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

ADRESSE

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

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

- 1** Le malade est-il détenteur d'un carnet médical ? OUI NON
Si oui, présentation de celui-ci OUI NON
En cas de non présentation, motif :

2 Médicament prescrit

(Présentation : forme, dosage,
voie d'administration)

Posologie

Durée du traitement

- 3** La prescription concourt au traitement d'une affection de longue durée, mentionnée au protocole d'examen spécial ? OUI NON

- 4** Je soussigné(e), Docteur , atteste que la prescription du médicament concernant le patient susdésigné, est conforme aux indications de la fiche d'information thérapeutique en vigueur à la date de la présente ordonnance.

Le à
Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement

Date du nouveau diagnostic (1)

(sur les 4 volets)

(1) si prescription initiale hospitalière

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN
(sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

N° 60-3976

(art. R 163-2 - 2° al. Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

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

ADRESSE

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

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

- 1** Le malade est-il détenteur d'un carnet médical ? OUI NON
Si oui, présentation de celui-ci OUI NON
En cas de non présentation, motif : _____

2 Médicament prescrit

(Présentation : forme, dosage,
voie d'administration)

Posologie

Durée du traitement

- 3** La prescription concourt au traitement d'une affection de longue durée, mentionnée au protocole d'examen spécial ? OUI NON

- 4** Je soussigné(e), Docteur _____, atteste que la prescription du médicament concernant le patient susdésigné, est conforme aux indications de la fiche d'information thérapeutique en vigueur à la date de la présente ordonnance.

Le _____ à _____
Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement

Date du nouveau diagnostic (1)

(sur les 4 volets)

(1) si prescription initiale hospitalière

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN
(sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance