

N° 12708*01 (art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

ADRESSE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage,
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant :

2

Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON

3

Je soussigné(e), Docteur, atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le à

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

(1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

ORDONNANCE DE MEDICAMENTS
OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS D'EXCEPTION

(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

NOTICE

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

Si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur, la prescription doit être prévue dans le protocole de soins établi par votre médecin traitant afin que vous puissiez bénéficier de cette exonération.

Pour le remboursement, les 2ème et 3ème volets du présent document doivent être adressés à votre organisme d'assurance maladie dans les mêmes conditions que votre ordonnance habituelle.

Vous conservez le premier volet.

Le pharmacien, le fournisseur ou l'établissement conserve le 4ème volet.

N° 12708*01

(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

ADRESSE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage,
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant :

2 Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON

3 Je soussigné(e), Docteur, atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le à

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé ⁽¹⁾

(1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

N° 12708*01 (art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

ADRESSE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage,
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant :

2

Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON

3

Je soussigné(e), Docteur, atteste que la prescription concernant le patient sus-
visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche
d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.

S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le à
Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

(1) si prescription initiale par Et. de santé

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

N° 12708*01

(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

ADRESSE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage,
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant :

2

Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON

3

Je soussigné(e), Docteur, atteste que la prescription concernant le patient sus-
visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche
d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.

S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le à

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

(1) si prescription initiale par Et. de santé

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance