

ORDONNANCE DE MEDICAMENTS OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS D'EXCEPTION

VOLET 1 à conserver par l'assuré(e)

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

	RENSEIGNEMENTS C	ONCERNANT L'ASSURE	(E)
NUMERO D'IMMATRICULATION			
NOM et Prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))			
ADRESSE	DEDCOMME DEGEWANT	LEG COING NIFET DAG	MAGGUPE (F)
NOM	PERSONNE RECEVANT	LES SUINS N'EST PAS	_'ASSURE(E)
Prénom	Sexe	Date de	naissance
7	A REMPLIR PAR	R LE PRESCRIPTEUR	
Médicament prescrit			
Produit ou prestation pres			
S'il s'agit d'un médicamen Présentation : forme, dos voie d'administration, pos	age,		
S'il s'agit d'un produit ou d Présentation : nombre d'u ou posologie			
Durée du traitement, le cas o	échéant :		
Si le patient est atteint d celle-ci?	'une affection de longu	e durée, la prescriptio	on est-elle en rapport avec NON
Je soussigné(e), Docteur visé est conforme aux in d'information thérapeutiq S'il existe, le volet patient	dications et aux condit ue validée par la Haute de ladite fiche a été rem	ions de prescription e	cription concernant le patient sus- t d'utilisation prévues par la fiche patient.
Le Signature du praticien	à		
Qualification ou titre du pre	Cachel escripteur ou identifica du pratici ou de l'établiss	ation en	
Date limite de la prochaine consultation dans l'établiss			
) si prescription initiale par Et. c		
Date de déliv	SERVEE AU PHARMACIEN Vrance	CACHET DI	J PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
		OU DE LE	TABLISSEMENT (sur les 4 volets)
Mentions obligatoires à rep	porter sur l'ordonnance		

La loi 78.17 du 15.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 114-13 du Code S.S. et 441.1 du Code pénal).

S 3326a

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.



ORDONNANCE DE MEDICAMENTS

VOLET 2

à adresser à l'organisme
d'assurance maladie

cerja	OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS D'EXCEPTION	à adı
Nº 12708*01	(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.	.S.) ^{d'a}

	RENSEIGNEM	ENTS CONCER	NANT L'ASSURE(E)	
NUMERO D'IMMATRICULAT	ION			
NOM et Prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))				
ADRESSE	SLI A DEDSONNE DEC	EWANT LES SO	INS N'EST PAS L'ASSURE(E	
NOM	SI LA PERSONNE REC	EVAINT LES SU	INS IN EST PAS L'ASSURE(E	-)
Prénom		Sexe	Date de naissance	
-	A REMP	LIR PAR LE PR	ESCRIPTEUR	
Médicament prescri	t 🗔		-	
Produit ou prestation				
S'il s'agit d'un médic Présentation : form- voie d'administration	e, dosage,			
S'il s'agit d'un produ Présentation : nomb ou posologie		1:		
Darce da traitement, id	cas concant.			
celle-ci?			e, la prescription est-elle e OUI NON	en rapport avec
Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p	octeur aux indications et aux peutique validée par la patient de ladite fiche a e	conditions de	este que la prescription con prescription et d'utilisation é de Santé. nes soins à ce patient.	cernant le patient sus- on prévues par la fiche
Le Cierratius du proticie		à		
Signature du praticier	II.			
Qualification ou titre	dı	Cachet dentification u praticien l'établissement		
Date limite de la proc				
consultation dans ret	(1) si prescription initiale			
		MACIEN, AU FO	DURNISSEUR ou A L'ETABL	
Date d	le délivrance		OU DE L'ETABLISSEMEN	
Mentions obligatoire	s à reporter sur l'ordor	nnance		
			L	

La loi 78.17 du 15.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 114-13 du Code S.S. et 441.1 du Code pénal).

S 3326a



ORDONNANCE DE MEDICAMENTS

VOLET 3

OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS D'EXCEPTION à adresser à l'organisme (art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.) d'assurance maladie

		IVILITIO OOM	CERNANT L'ASSL	TTE(E)	
NUMERO D'IMMATRICULAT	TION				
NOM et Prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))					
ADRESSE	SI LA PERSONNE R	FOEWANT LEG	COINC NIECT DA	C.L.ACCUDE(E)	
New	SI LA PERSUNNE R	ECEVANT LES	SOINS N'EST PA	IS L'ASSURE(E)	
NOM			5		
Prénom		Sexe		le naissance	
1	A RE	MPLIR PAR LE	PRESCRIPTEUR		
Médicament prescri	t				
Produit ou prestatio	n prescrit(e)				
S'il s'agit d'un médi	cament :				
Présentation : form voie d'administration					
S'il s'agit d'un produ		ion :			
Présentation : nom ou posologie	bre d'unités				
ou posologio					
Durée du traitement, l	e cas échéant :				
celle-ci?	tteint d'une affection	de longue d	urée, la prescrip OUI	otion est-elle en NON	rapport avec
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra	octeur	ux condition r la Haute Au	atteste que la pres de prescription de Santé.	NON escription conce n et d'utilisation	rapport avec ernant le patient sus- prévues par la fiche
 celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication. Le 	octeur aux indications et a peutique validée pa patient de ladite fiche	ux condition r la Haute Au	atteste que la pres de prescription de Santé.	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
2 celle-ci? 3 Je soussigné(e), Dovisé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p	octeur aux indications et a peutique validée pa patient de ladite fiche	ux condition r la Haute Au a été remis p	atteste que la pres de prescription de Santé.	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
 celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication. Le 	octeur aux indications et a peutique validée pa patient de ladite fiche	ux condition r la Haute Au a été remis p	atteste que la pres de prescription de Santé.	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
 celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication. Le 	octeur aux indications et a peutique validée pa atient de ladite fiche n	ux condition: r la Haute Au a été remis p à Cachet bu identification	atteste que la pris de prescription torité de Santé. lar mes soins à c	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche n du prescripteur	cachet ou identification du praticien de l'établissem	atteste que la pris de prescription torité de Santé, ar mes soins à c	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication du praticie Qualification ou titre	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche n du prescripteur	cachet du jeraticien de l'établissen	atteste que la pris de prescription torité de Santé, ar mes soins à c	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche n du prescripteur	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription torité de Santé. ar mes soins à c	NON escription conce n et d'utilisation	ernant le patient sus-
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a peutique validée pa patient de ladite fiche du prescripteur ou chaine tablissement de san	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription storité de Santé. La mes soins à content de la con	escription concented to the distribution of th	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur chaine (t) si prescription in	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concented to the distribution of th	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet publication du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche
celle-ci? Je soussigné(e), Do visé est conforme d'information théra S'il existe, le volet p Le Signature du praticie Qualification ou titre Date limite de la proconsultation dans l'é	octeur aux indications et a apeutique validée pa batient de ladite fiche du prescripteur du prescripteur chaine tablissement de san (1) si prescription in TIE RESERVEE AU PH de délivrance	Cachet Cachet	atteste que la pris de prescription si de prescription itorité de Santé. La mes soins à comment de la comment de l	escription concentrated and a concentration concentration and a concentration concentration.	ernant le patient sus- prévues par la fiche

La loi 78.17 du 15.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 114-13 du Code S.S. et 441.1 du Code pénal). S 3326a



ORDONNANCE DE MEDICAMENTS

VOLET 4 à conserver par

OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS D'EXCEPTION le fournisseur ou le fournisseur ou l'établissement

	RENSEIGNEMEI	NTS CONCERNAN	T L'ASSURE(E)	
NUMERO D'IMMATRICULATIO	ON			
NOM et Prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))				
ADRESSE	LLA DEDCONNE DECE	WANT LEC COINC	AVECT DAG L/ACCUDE/E)	
NOM	I LA PERSONNE RECE	VAINT LES SOINS I	N'EST PAS L'ASSURE(E)	
Prénom	Se	exe	Date de naissance	
1	A REMPL	IR PAR LE PRESCI	RIPTEUR	
Médicament prescrit				
Produit ou prestation ب S'il s'agit d'un médical	· / —			
Présentation : forme, voie d'administration,	dosage,			
S'il s'agit d'un produit Présentation : nombre ou posologie				
Durée du traitement, le d	cas échéant :			
Si le patient est attei celle-ci?	nt d'une affection de	longue durée, la	prescription est-elle en NON	rapport avec
Je soussigné(e), Doct visé est conforme au d'information thérape S'il existe, le volet pati		conditions de pre	que la prescription conce scription et d'utilisation s Santé. soins à ce patient.	
Le		à		
Signature du praticien				
Qualification ou titre du	prescripteur ou id du	Cachet entification praticien établissement		
Date limite de la procha consultation dans l'étals		les 4 volets)		
consultation dans retail	(1) si prescription initiale	par Et. de santé		
		IACIEN, AU FOURI	NISSEUR ou A L'ETABLIS:	
Date de	délivrance		CACHET DU PHARMACIEN, OU DE L'ETABLISSEMENT	DU FOURNISSEUR (sur les 4 volets)
Mentions obligatoires à	à reporter sur l'ordonn	nance		
monuone obligatories t	a repenter our renderin			

La loi 78.17 du 15.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 114-13 du Code S.S. et 441.1 du Code pénal). S 3326a