

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

N. fact : 734304

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

date

19122017

## 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

0 1 0 6 2 0 1 7

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'IMPASSE DES BRANDES 86160 GENCAY

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SARL PHARMACIE BERNARD

MME BERNARD Sophie

29 ROUTE DE CIVRAY

86160 GENCAY

862020336

Tel : 0549593096

Code op. : 8

FS Papier

861039592

CORNU Pierre

19/12/2017

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom XX prénom

raXX sociale

identifiant

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

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

XX

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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 "a"  
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

Qte Prx/u T.Remb PrestTxRb CIP Ref. LPP Ut Produit

N.Ord Exo.

AT/MP

1 2,40 2,40 PH4 0 3400932061105

PIVALONE 1% SUSP NAS ( 903923)

1 1,02 1,02 HD4 0

HONORAIRES

tarification détaillée 1 4,00 4,00 PHN 0 3400937560467

COQUELUSEDAL SUP NOUR

2 1 1,29 1,29 PH7 0 3400934615467

DOLIPRANE 2,4% 100ML

1 1,02 1,02 HD7 0

HONORAIRES

1 25,04 18,14 AAR 0 8003670825449 A 1134783 (1)

OPTICHAMBER 0-18 MOIS

1 4,00 4,00 PH7 0 3400934438738

VENTOLINE 100 G SUSP ( 903924)

1 1,02 1,02 HD7 0

HONORAIRES

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

Nbres boîtes : 5

TOTAL TTC : 39,79

TOTAL AMO : 0,00

TOTAL AMC : 0,00

TOTAL ASSURE : 39,79

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

3 9 , 7 9

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

MME BERNARD Sophie

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. 162-14 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.



N° 12541 \*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

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 médecin)

nom et prénom CLOCHARD Yoni  
(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 médecin)

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 MEDECIN

DOCTEUR CORNU PIERRE

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

PLAN DE LA CROIX BOURRICAULT  
MAISON DE SANTE

86160 GENCAY

=&gt; 86 1 03959 2 00 1 20 1 01 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY VS V/PSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépos.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant ③
19.12.2017			G	MEG	30				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

30

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature 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, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.