



N° 11389\*04

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****IDENTIFICATION de la STRUCTURE****PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

identifiant

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) **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*\*")  
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

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 vignettes des médicaments  
ou 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 fournisseursignature 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, 441-1 et 441-6 du Code pénal et articles L. 114-13 et 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.

FSPHF 01-2011 S3115g

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom** et le **prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **vos nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**