mémo feuilles de soins
Pharmaciens fournisseurs

recommandations pour le remplissage

octobre 2014

cerfa 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) 1 2 3 4 5 6 7 8 9
date 0 5 0 2 2 0 1 5

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
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
numéro d'immatriculation 2 8 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 7 7
date de naissance 1 0 0 5 1 9 8 5
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
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
numéro d'immatriculation
ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR
Monsieur Pharmacien Prénom
N° RPPS
=> 10000123454
PHARMACIEN REMPLAÇANT
nom et prénom
identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE
PHARMACIE
rue Newton
99999 Ville
=> 762123453
dispositif de coordination de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce
nom et prénom Madame Prescripteur Prénom
identifiant 1 0 0 0 1 2 3 4 6 5
raison sociale
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 7 6 1 2 3 4 5 6 6

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS
date de la prescription médicale 0 6 0 1 2 0 1 5
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)
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 "*" et les recommandations importantes)
accident causé par un tiers : non — oui — date J J M M A A A A
la prescription s'inscrit dans le parcours de soins : oui — non
AT/MP — numéro — ou — date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES
tarification détaillée

Code acte	CIP / Ref LPP	Homéo code labo	Top décondi-tion.	Qté délivrée ou utilisée	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Utili.	Mod presc	Indic. Substi.	Date déb loc	Date fin loc
PH7	3400933222185			2	2,02	4,04	UVEDOSE			N		
HD7				2	0,82	1,64	Honoraire de					
PH2	3400933649265			4	8,78	35,12	ARTOTEC		M			
HD2				4	0,82	3,28	Honoraire de					
PHN				1	5,00	5,00	Pharmacie non remb.					
PAN	1304216			1	4,05	4,05	SPARADRAP					
AAD	1298680			2	16,45	32,90	LOCATION FAUT				06/01/2015	19/01/2015
PH1	330098793460		D	35	3,00	105,00	Médicament fictif	2				
HD1				2	0,82	1,64	Honoraire de					
PH7	340093008132			1	2,93	2,93	ATARAX					
HD7				1	0,82	0,82	Honoraire de					
PH4	0701122	(7)		2	2,02	4,04	Médicament homéo-					
HD4				2	0,82	1,64	Honoraire de					
MPI				1	8,00	8,00	Majoration île					
HC				1	0,51	0,51	Honoraire complexe					

PAIEMENT
MONTANT TOTAL en euros 2 1 0,6 1
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 — Signature OBLIGATOIRE
signature de l'assuré(e) — Signature OBLIGATOIRE
impossibilité de signer

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal).
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 07-2010 S 3115 g

Indiquer le **numéro de facture**

N° RPPS du pharmacien exécutant.

Vous devez indiquer les nom, prénom et le numéro RPPS du médecin prescripteur (si mentionné sur l'ordonnance).

Le numéro de prescripteur utilisé est le numéro d'Assurance Maladie pour les médecins libéraux, le numéro de FINESS pour les établissements.
Cette information doit obligatoirement être renseignée.

La **date de prescription** est à renseigner ici.

Veiller à bien cocher les conditions de prise en charge de votre patient selon sa situation.

NOTA
Présentation recommandée du tableau de facturation.

L'honoraire de dispensation doit **obligatoirement** suivre le code auquel il se rapporte

En cas de déconditionnement, les zones : ***Top de condition = D / quantité utilisée / prix unitaire / montant facturé / nombre de boîtes utilisées*** sont obligatoires

. Si l'assuré règle la facture, aucune case n'est cochée.

. Si l'assuré ne règle pas la facture, cocher uniquement la case «l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire».

. Si l'assuré est bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME et qu'il n'a pas réglé la facture, cocher les 2 cases.

. Si Tiers payant sur la part complémentaire, seule la case «l'assuré n'a pas payé la part complémentaire» doit être cochée.

Veiller à bien paramétrer l'impression.
Un dézonnage («croix» imprimée hors de la case) peut engendrer des erreurs de destinataire de règlement.

Information **obligatoire** si absence de CIP13 homéopathique.

NOTA
Les cachets et la signature **ne doivent pas déborder de la case «signature du pharmacien ou du fournisseur»** et renseigner à tort la case **«part obligatoire»**.

PRÉCONISATIONS GÉNÉRALES :

> utiliser de l'**ARIAL 10** dans les zones «personne recevant les soins» et «pharmaciens et fournisseurs»

> **PAS** de séparateur dans les dates ni d'espace entre les chiffres

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie