

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **FAWER CELINA**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation **1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1 1 2** → **2** nom et n° du centre de paiement ou de section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance **01011900**

assuré(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'assuré(e)
123 RUE DE RUE, 68000, "MULHOUSE" → 2 voir en DP

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Dr Bogdan CORNEA	raison sociale
RPPS : 10100447290	adresse GHRMSA
Praticien Hospitalier	n° structure
Pôle AMBRE	(AM, FINISS ou SIRET)
GHRMSA - Site de Mulhouse	
identifiant	

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : **BINOCRIT 40.000V**

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

BINOCRIT 40.000V a.c. à faire à 2-21, 2-19, 2-7

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 212-1

accident du travail ou maladie professionnelle date

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

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date **01012000** signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure
	(AM, FINISS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance