cerfa

n° 12708*02

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

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

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

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 BESSONNAT Christelle

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 09/07/1986

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

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)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Dr BENHALIMA Mohssine

identifiant

raison sociale

adresse **Docteur M. BENHALIMA**
Praticien Hospitalier Gastro-Entérologue
Service de Médecine
CENTRE HOSPITALIER DU HAUT ANJOU

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

à compléter par le prescripteur

☒ médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : Lymirs 40 mg stylo
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

Lymirs 40 mg en s/cut toutes les deux semaines

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 six mois

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 BENHALIMA, 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 02/12/2026

date 02/06/2026 signature du prescripteur

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

nom et prénom **PHARMACIE DE MIRÉ**
7, av. du Haut Anjou - 49330 MIRÉ
Tél : 02 41 32 80 97
492 014 899

identifiant

raison sociale **PHARMACIE DE MIRÉ**

adresse 7, av. du Haut Anjou - 49330 MIRÉ
Tél : 02 41 32 80 97
492 014 899

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

2000018415

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

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance lot CXHW4R exp 05/2028 79880 1 Lybmiris 40mg 2 stylo le 03/07/26 lot exp 05/28

74836 1 Libmyris 40mg 2/stylo le 5/06/26 82921 1 Lybmiris 40mg 2 stylo le 07/08/26 lot CXHW4R exp 05/28

~~1 Libmyris 40mg le 05/10/2026 lot exp~~

date de délivrance 05/06/2026 86352 1 Lybmiris 40mg 2 stylo le 04/09/26 lot CXHW4R exp

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 et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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.

S 3326b

IMPRIMERIE COSTE - AUBENAS