

n° 12708* 02

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

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 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 BOURNEUF JEAN-LUC Nom utilisé BOURNEUF

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

numéro d'immatriculation 1 6 0 1 1 7 2 2 6 4 3 0 7 1 3

date de naissance 0 3 1 1 1 9 6 0

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)

01 LES CROIX VERTE - 53290 SAINT DENIS D ANJOU

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Dr DINCUFF ELOÏSE



identifiant

1 0 1 0 1 5 2 0 8 6 3

raison sociale

HOPITAL DE CHATEAU GONTIER

adresse

1 QUAI G LEFEVRE - 53204 CHATEAU-GONTIER-SUR-MAYENNE



n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

5 3 0 0 0 0 0 1 7

à compléter par le prescripteur

☒ médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : emend

☐ 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

125mg J1- 80mg J2-J3

2 cures / mois ! (2)+(2)+1+

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 3 mois

conditions de prise en charge

maladie ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☐

non ☒

soins dispensés au titre de l'art. L. 115 ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

Je soussigné(e), Docteur Dr. DINCUFF ELOÏSE....., 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

1 5 0 7 2 0 2 6

date

1 5 0 7 2 0 2 6

signature du prescripteur

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

nom et prénom

BONNET Samuel

identifiant

1 0 1 0 8 7 2 7 5 3 4

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS 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

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

2 A préritant 125mg + 80mg lot P2602021 exp 11/2023

date de délivrance

2 1 0 7 2 0 2 6

88391 délivré

1 A préritant 125 + 80mg

lot P2602021 exp 11/23

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. 144-13 et L. 162-1-14 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.