RECAPITULATIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE SOIGNEE : .....

N° NATIONAL : ..... (A défaut, la date de naissance)

ADRESSE : .....

Nom du médecin qui a prescrit le médicament	Nom du médicament	Date de la fourniture	Prix du médicament			Cachet et signature du pharmacien
			Complet	A charge de l'A.M.I.	A charge du patient	
				TOTAL		
				RISTOURNE EVENTUELLE		
				SOLDE		

Apposer ici
une vignette mutuelle

Certifié sincère et véritable Signature

Fait à ....., le .....