

Conditions de délivrance des médicaments d'exception

Exemples : Zophren® per os, Zophren® IV, Emend®, Aranesp®, Binocrit®, Kytril® ...

Ces médicaments sont remboursés s'ils sont prescrits sur une « ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception » conforme au modèle Cerfa 12708*02 à 4 volets.

cerfa n° 12708*02

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

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

1 Informations patient
 Nom, prénoms, date de naissance
 Taille et poids (si nécessaire)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

numéro d'identification

numéro structure
 (AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :
 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

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. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date

Je soussigné(e), Docteur....., atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions 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

signature du prescripteur

2 Informations prescripteur
 Nom, prénoms, qualité
 Titre ou spécialité (le cas échéant)
 Numéro d'identification (Adeli ou RPPS)
 Nom de l'établissement ou du service de santé (pour PH ou PIH)
 Adresse professionnelle, coordonnées téléphoniques, adresse électronique)

3 Informations prescription
 Dénomination médicament ou dénomination commune (DC), posologie et mode d'emploi,
 durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement
 Nombre de renouvellements de la prescription (le cas échéant)
 Conditions de prise en charge
 Date de la prochaine consultation (le cas échéant)
 Date de rédaction de l'ordonnance, signature du prescripteur