

DOCTEUR Luc RABOURDIN
HOMEOPATHIE ACUPUNCTURE
MEDECINE GENERALE

22/01/2009

17 bis route de Montesson
78110 LE VESINET

Tel : 01 30 71 09 80

HAYA SAUVAGE CELINE

78 1 08316 7

DUPLICATA

SOLUPRED 20mg cp orodispers : B/20
2 comprimés, le matin, pendant 3 jours

TROPHIRES sirop enf : Fl/125ml av gobelet
1 gobelet, le matin, le midi et le soir en cas de toux

2


Guillaume HYRON
Remplaçant

Pour les visites avant 9 heures téléphoner dès 8 heures le matin.

22/01/2009

17 bis route de Montesson
78110 LE VESINET

Tel : 01 30 71 09 80

HAYA SAUVAGE INES

78 1 08316 7

DUPLICATA

- AMOXICILLINE IVAX 500mg/5ml pdre p susp buv : F/36g
1 Cuillère à mesure, le matin et le soir, pendant 6 jours
- TROPHIRES sirop enf : Fl/125ml av gobelet
1 gobelet, le matin, le midi et le soir en cas de toux
- RHINOTROPHYL sol p pulv nasal : Fl/20ml
1 pulvérisation, le matin, le midi et le soir

- Schupred orodisp Long : 1cp le matin pendant 3j.

7

Guillaume HYRON
Remplaçant

Pour les visites avant 9 heures téléphoner dès 8 heures le matin.

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) SAUVAGE

(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

numéro d'immatriculation

code de l'organisme

de rattachement

en cas de dispense d'avance des frais

date de naissance

J J M M A A A A

rang de naissance, si naissances multiples

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

HAYA SEGORIA Antonio

numéro d'immatriculation

1 640399134467 81

ADRESSE de L'ASSURE(E)

E AV G BIZET

37 Rue des Harpeux 78360 MONTESSEN

PHARMACIEN ou FOURNISSEUR (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

identification du pharmacien ou du fournisseur

prescripteur

n° d'identification

PHARMACIE LALEU MALMEJEAN ROSELINE

26 b, rue A. Dumas

78110 LE VESINET

Tél : 01 30 71 22 50

N° ident : 782003495

Garanties :

Compl :

nom

781083167

BARBOURDIN

prestation ou traitement prescrit le

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

Utilisateur : PAM

☐ MALADIE exonération du ticket modérateur : non ☐ oui ☐ (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

X soins en rapport avec ALD ☐

action de prévention ☐ autre ☐

accident causé par un tiers

non ☐

oui ☐

date

J J M M A A A A

personne visée à l'art. L. 115 ☐

☐ AT/MP numéro X ou date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

tarification détaillée

CIP / LPP	Libellé	Qté	Tx Code	Remb Px	vente Exo Reg.	Fin Loc
3071012	NED-CODION Sp Enf Fl/	1	0 PHN	0,00	1,70	
3385905	AMOXICILLINE BGR 500m	1	0 PH7	2,47	2,48	L0666475
3493687	SOLUPRED 20mg Cpr oro	1	0 PH7	5,46	5,46	L0666476
3091026	RHINOTROPHYL S p nas	1	0 PH4	2,29	2,29	



4 3385905 000247 00
Amoxicilline Biogaran® 500 mg/5 ml
Poudre pour suspension buvable (60ml)

*Vign.

eur.2,47



4 3493687 000546 00
SOLUPRED 20 mg
20 Comprimés Orodispersibles
*Vign. eur.5,46

1.70Eur



2 3091026 000229 00

RHINOTROPHYL

Soluté Nasal 20ml

Eur.2,29

*Vign

PAIEMENT (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MONTANT TOTAL
en euros

Mnt RD : 0,00

Mnt RC : 0,00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Mnt assuré : 11,53 l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

0 0 1 1 9 2

signature du pharmacien
et du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer