



**ORDONNANCE MEDICALE**  
**« TIERS PAYANT »**

N° de la Consultation

N° de la Transaction

Contractant : .....

Contrat N° : .....

L'Adhérent : .....

Matricule :

**IDENTIFICATION DU MALADE**

Qualité :  Adhérent  Conjoint  Enfant  Parent à Charge

Signature de l'adhérent

Nom et Prénom du malade : .....

**LE PHARMACIEN**

Matricule Fiscale N° :  /  /  /  /

Medicaments		Quantité	P.U.	Total
Le Medecin (Visa et cachet)	Le Pharmacien (Visa et cachet)	Total Général		
		Ticket Modérateur		
		Reste à payer		
Date :	Date :			

**NB : Ce coupon ne peut servir que pour le "Tiers Payant" et pour un seul malade et une seule consultation**