

Cachet de la
PHARMACIE

Adresse complète :

N° tel :

Mail :

N° CPAM :

**URPS Pharmaciens Nouvelle Aquitaine
105 rue de Belleville
33000 BORDEAUX**

INTITULE DE L'OPERATION : Bilan de Médication 2017*

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION DANS LE CADRE DE L'ACTION BILAN DE MEDICATION

Equipe composée de :

1. Pharmacien :
2. Médecin Généraliste :
3. Autre Professionnel de Santé libéral :

.....
Le Docteur, pharmacien de l'officine.....

atteste avoir effectué au sein de son officine..... bilans initiaux de médication, et
demande à percevoir la somme dex 60 euros (60 € par bilan),
soit un total de euros.

A cet effet sont joints les formulaires anonymes de bilan correspondants à chaque patient ainsi que le rib
de l'officine.

Fait à :

Le :

Signature

*bilans de médication réalisés dans le cadre de la phase d'étude et pilote de la note de cadrage projet « Bilan médicamenteux » de l'ARS Aquitaine du 14/12/2015.

***Document original à renvoyer par courrier à l'URPS Pharmaciens NA
Copie à conserver***