

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 de .....x 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***