Service Rétrocession, CHU de la Conception,
147 Boulevard Baille, 13005 Marseille
Tel : 04 91 38 39 35/36 - Fax : 04 91 38 31 96
Email : retrocession@ap-hm.fr

Fiche de demande circuit RÉTR'OFFICINE

à joindre avec l'ordonnance du patient

par Email retrocession@ap-hm.fr
ou par fax **04 91 38 31 96**

1) Date de demande: __ / __ /____

2) OFFICINE

Nom Pharmacie : ……………………………………………………………………………

N° FINESS : ……………………………………………………………………………

Titulaire(s) : ……………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………

Fax : …………………………………………… Email : ………………………………………………………………

ou TAMPON :

Répartiteur ☐ Alliance ☐ CERP RRM ☐ OCP ☐ Phoenix

Compte client répartiteur : ………………………………………………

3) PATIENT(E):

Je soussigné(e) demande à bénéficier du circuit Rétr'Officine APHM par l'intermédiaire de la pharmacie d'officine mentionnée ci-dessus et m'engage à respecter les obligations qui m'incombent présentées dans la charte patient (consultable et téléchargeable sur http://fr.ap-hm.fr/service/retrocession)

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………

Date de **naissance :** __ / __ /____

Poids : …………… kg Taille : ……………

N° sécurité sociale **Assuré** : _ __ __ __ ___ ___ clé __

Si **bénéficiaire :** Nom et prénom **:** ……………………………………………………

Date de **naissance** : __ / __ /____

Caisse **sécurité sociale** (ex : 01 131 xxxx) : __ ___ ____

Adresse actuelle : ……

Téléphone : ……………………………………………………

Signature patient(e) obligatoire :

✧✧✧ **Partie réservée à la Rétrocession** ✧✧✧

n°dem : ……………… Date : ……………………………… n°off : ………………… Op : ………

Demande CONFORME

☐ Saisie access
☐ Édition IEP

☐ Envoi complet **OU**

- ☐ INCOMPLET (envoi partiel) **ou**
- ☐ en ATTENTE (pas d'envoi)
- Pdt/qté manquant : ……………………………………
- ………………………………… ……………………………………
- ☐ Officine prévenue
- Ordo complétée le :……………………………………

☐ Saisie Pharma complète
☐ Saisie IEP access

☐ **Ordonnance retour reçue**

Demande NON CONFORME (prévenir officine) :

☐ Feuille de demande incomplète/illisible
☐ Ordonnance manquante/non conforme/illisible
☐ Manque données (ATBgramme, bilan sanguin…)
☐ Médicament non concerné par le circuit
☐ Dispensation précédente non confirmée
☐ Délai dispensation précédente < 21 jours

☐ Officine prévenue