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 E-mail retrocession@ap-hm.fr

Avec pour objet : Demande Rétr'Officine

** Mentions obligatoires*

1) DATE DE DEMANDE : __ / __ / ____

Partie réservée à l'officine

2) OFFICINE

TAMPON*:

Nom Pharmacie* : .....

Titulaire(s) : .....

N° FINESS : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone* : ..... **E-mail*** : .....

Répartiteur principal* : ☐ Alliance ☐ CERP RRM ☐ OCP ☐ Phoenix

Compte client répartiteur : .....

Précisions concernant la demande :

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)

Signature patient(e)* :

Nom et prénom **patient(e)*** : .....

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

Poids : ..... kg Taille : .....

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

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

Adresse actuelle : .....

Téléphone* (portable) : .....

Partie réservée à la rétrocession

n°dem : ..... n°off : ..... Date : ..... Opérateur : .....

☐ ENVOI COMPLET
☐ REJET
☐ INCOMPLET (envoi partiel)
☐ EN ATTENTE (pas d'envoi)
Produit manquant : .....

Information ☐ Officine ☐ Patient(e)

Suivi/Remarques :