

**PAIEMENT AU COMPTANT (1)
DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES**
Vignette O.A.

Prescrit par.....
N° d'identification INAMI.....
à..... *en date du*.....

NOM ET NUMERO D'IDENTIFICATION INAMI DE LA PHARMACIE

Titration par récépé	Code CNK et dénomination du produit/formule de la préparation magistrale
----------------------	---

Reçu le montant total de.....
 Date de la copie:.....
 Date d'exécution de la prescription:.....

Pour copie conforme.
 (signature du pharmacien)

- (1) Paiement au comptant pour un des motifs énumérés ci-dessous (à indiquer par une croix dans la case ad hoc):
- Le récépé n'est pas établi sur la prescription de médicaments officielle.
 - La condition pour le tiers-payant n'est pas indiquée par le prescripteur.
 - Produit(s) devant être délivré(s) au comptant.
 - La cartes SIS n'a pas été présentée/n'est pas en règle.
 - Autorisation non présentée/manque.

Remarque importante:
 Le présent document doit être établi par prescription de médicaments.