

PAIEMENT AU COMPTANT (1) DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES	
<i>Vignette O.A.</i>	
<i>Prescrit par:</i> ..... <i>N° d'identification:</i> ..... <i>à</i> ..... <i>en date du</i> .....	
CACHET AVEC LE NOM ET LE NUMERO DU PHARMACIEN AU VERSO	
Tarification par récépé	Prestations pharmaceutiques
	Reçu le montant total de ..... Date de la copie: .....  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): <input type="checkbox"/> le récépé n'est pas établi sur la prescription de médicaments officielle. <input type="checkbox"/> les pièces nécessaires, permettant l'application du tiers payant, n'ont pas été présentées. <input type="checkbox"/> spécialité(s) devant être délivrée(s) au comptant. <input type="checkbox"/> pharmacien ayant adhéré à la convention qui opte pour le paiement comptant. <input type="checkbox"/> pharmacien non conventionné.	
<b>Remarque importante:</b> le présent document doit être établi par prescription de médicaments.	
Mod. 704 F	

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

De président,  
D. SAUER