



NOUVEAU PATIENT STALLERGENES GREER



DÉJÀ PATIENT STALLERGENES GREER

N° de Client : 5_ _ _ _ _

Nom du médecin ayant prescrit le traitement :

VOTRE REMBOURSEMENT

Les extraits allergéniques APSI sont remboursés par la Sécurité Sociale. Si vous avez une mutuelle, le complément sera pris en charge en totalité ou partiellement, conformément à votre contrat.

BÉNÉFICIAIRE DES SOINS *à remplir obligatoirement*

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL [][][][][] VILLE

DATE DE NAISSANCE [][][][][][][][][]

N° DE TÉLÉPHONE [][][][][][][][][][][][][]

N° DE PORTABLE [][][][][][][][][][][][][]

ASSURÉ(E) *à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*

NOM PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE [][][][][][][][][]

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE [][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Choisissez votre mode de paiement au dos

CHOISISSEZ UN MODE DE PAIEMENT

CHOIX N°1 : Tiers payant

Documents à photocopier et à nous **ENVOYER** :



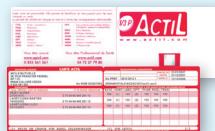
Attestation de droits

OU



Feuille de remboursement

+



Photocopie recto/verso de votre carte mutuelle*

* Vous n'avez **pas de mutuelle** : cochez cette case puis choisissez le mode de paiement n° 2, 3 ou 4.

AUTRES CAS

CMU, AME, ALD, invalidités : joignez obligatoirement la photocopie de votre attestation vitale pour être pris en charge.

CHOIX N°2 : Carte bancaire

Contactez le Service Clients.

PAIEMENT DIFFÉRÉ À 6 SEMAINES

N° CARTE BANCAIRE

EXPIRE LE : MOIS

ANNÉE

DATE + SIGNATURE

CHOIX N°3 : Contre-remboursement

(vous payez vos médicaments à réception de votre colis).
Contactez le Service Clients.

CHOIX N°4 : Chèque

Contactez le Service Clients.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant, en écrivant au Pharmacien Responsable à l'adresse suivante : Stallergenes, Pharmacien Responsable, 6 rue Alexis de Tocqueville, 92160 Antony.