

Démarche : Frais de santé - Demande de dérogation pour délivrance de médicaments

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle assuré

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet à un assuré de demander une dérogation pour délivrance de médicaments

Quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L 161-1-14 du Code de la Sécurité Sociale)

Identification

Vos coordonnées pourront être utilisées afin de vous informer régulièrement du traitement de votre dossier

Nom

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu du nom d'usage marital

Prénom

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?

Indiquez le numéro du département

Votre numéro de Sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Date de naissance :

Format jj/mm/aaaa

Frais de santé - Demande de dérogation pour délivrance de médicaments

Votre adresse

Téléphone

Email

Nationalité :

Informations relatives au séjour

Lieu du séjour

Indiquez la commune

Date de départ :

Format jj/mm/aaaa

Durée du séjour

En jours

Motif du séjour :

Pharmacie désignée par l'assuré pour la délivrance des médicaments

Nom

Adresse

Téléphone

Frais de santé - Demande de dérogation pour délivrance de médicaments

Email

Prescription médicale

La prescription médicale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposer ici la prescription médicale

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposer ici la prescription médicale

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposer ici la prescription médicale

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa

Les informations collectées peuvent être informatisées et sont réservées à l'usage interne. Elles peuvent être communiquées à certains destinataires. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne peut accéder, rectifier ou supprimer les informations la concernant. Les demandes doivent être libellées Demande d'information CNIL et adressées par courrier à Monsieur le Directeur de la CPAM de la Manche, CS 51212 - 50012 Saint-Lô CEDEX, en joignant la copie d'une pièce d'identité.