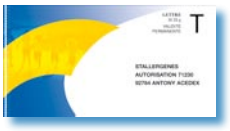
MODE DE PAIEMENT

STALLERGENES
Immunothérapie Allergénique

Merci de remplir soigneusement cette feuille avant de nous la faire parvenir dans l'enveloppe T



Stallergènes met à votre disposition 5 Modes de paiement

1. *Le Tiers Payant*
2. *Le Contre-Remboursement*
3. *Le Chèque*
4. *La Carte Bancaire*
5. *Le Prélèvement Bancaire*

CHOISISSEZ-EN UN ET UN SEUL !

ASSURÉ(E) *à remplir obligatoirement*

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

N° SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° DE TÉLÉPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° DE PORTABLE* : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

*SI VOUS RENSEIGNEZ CE CHAMP, VOUS RECEVREZ DES INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT DE VOTRE ORDONNANCE

BÉNÉFICIAIRE DES SOINS *à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

1 LE TIERS-PAYANT

Si vous avez une mutuelle

Stallergènes prend en charge le coût de votre traitement et se fait rembourser par votre caisse de Sécurité Sociale et votre mutuelle. Vous ne réglez que les frais d'Accusé de Réception au facteur.

Si vous n'en avez pas

Vous réglez la part mutuelle et les frais d'Accusé de Réception au facteur.

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

DOCUMENTS À PHOTOCOPIER

CARTE VITALE

ATTESTATION CARTE VITALE

OU

FEUILLE DE REMBOURSEMENT

Patient à 100%

ALD : *Joindre l'ordonnance originale ALD et une photocopie de l'Attestation Vitale.*

CMU-Invadilité : *Joindre l'ordonnance originale et une photocopie de l'Attestation Vitale.*

MUTUELLE

Avez-vous une mutuelle ? OUI ☐ NON ☐

NOM DE LA MUTUELLE : .....

N° DE TÉLÉPHONE DE LA MUTUELLE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PHOTOCOPIE RECTO/VERSO

2 LE CONTRE-REMBOURSEMENT

Vous payez vos médicaments directement au facteur.

3 LE CHÈQUE

Envoyez votre chèque avec votre ordonnance dans l'enveloppe T.

STALLERGENES
Immunothérapie Allergénique

4 LA CARTE BANCAIRE

- PAIEMENT DIFFÉRÉ À 6 SEMAINES
- Ne pas associer au tiers payant
- Attention, la date d'expiration de votre carte bancaire doit être supérieure de 2 mois à la date d'envoi de votre ordonnance

CARTE BLEUE

CARTE VISA

Nous ne conservons pas vos coordonnées bancaires d'une fois sur l'autre.
Faites-nous parvenir cette feuille à chaque envoi d'ordonnance.

N° CARTE BANCAIRE : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CRYPTOGRAMME CB ☐☐☐

Inscrivez les 3 derniers chiffres situés au dos de votre carte

EXPIRE LE : M☐☐ A☐☐

DATE : ..... SIGNATURE :

5 LE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

- Uniquement en France métropolitaine et DOM
- PAIEMENT DIFFÉRÉ À 6 SEMAINES
- Ne pas associer au tiers payant
- Sauf notification de votre part, ce mode de paiement sera utilisé pour tout renouvellement de traitement

Joindre à cette autorisation un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.).

Merci de nous signaler tout changement éventuel de coordonnées bancaires.

Remplissez toutes les cases de l'autorisation ci-dessous, en suivant le mode d'emploi :

- **Débiteur :** *Inscrivez vos coordonnées personnelles*
- **Compte à débiter :** *Inscrivez les données de votre compte*
- **Etablissement teneur :** *Inscrivez les coordonnées de votre banque*
- **Inscrivez la date**
- **N'oubliez pas de signer ce document**

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° National d'Emetteur 425 504

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le laboratoire désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différent directement avec le créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM :.....

PRÉNOM :.....

ADRESSE :.....

.....

CODE POSTAL :..... VILLE :.....

COMPTE À DÉBITER

Établissement | Code guichet | N° du compte | Clé RIB

STALLERGÈNES
6 rue de Tocqueville - 92183 Antony cedex

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

DATE

SIGNATURE OBLIGATOIRE