ATTESTATIONS DE SOINS

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient : .....

.....

Organisme assureur : .....

Numéro d'inscription : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋

Adresse du titulaire : .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation – Visite (2)

Date : ...../...../..... N° de nomenclature : .....

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)

Prescrit par : .....
(Nom et prénom)

en date du : ...../...../.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : ⌊⌋/⌊⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋

Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋

Date de la réception de la prescription : ...../...../.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : ⌊⌋/⌊⌊⌋/⌊⌊⌊⌋/⌊⌊⌋

Service : ⌊⌊⌋

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

A.R. 15.07.2002

..... EUR

Identification du dispensateur :

A

Date : .....
Signature du dispensateur.

REÇU

Date : .....
Signature du dispensateur.

Reçu la somme de : ..... EUR

SPECIMEN