

Identité du bénéficiaire des soins : NOM : Prénom : Date de naissance : |__|/|__|/|__|

Détails des actes médicaux	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant pris en charge par un organisme local	Nom du praticien ou de l'établissement	Signature et cachet du praticien
----------------------------	----------------	---------------------------------	---	--	----------------------------------

CONSULTATION(S)

<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN MÉDECIN

<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Mammographie	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> IRM	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Échographie, zone à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
Date de prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
Date de prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	.....

ANALYSES DE LABORATOIRE

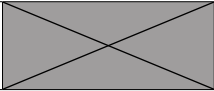
Date de prescription : |__|/|__|/|__|	Date d'exécution : |__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
Date de prescription : |__|/|__|/|__|	Date d'exécution : |__|/|__|/|__|	.....	.....	.....

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....
.....	__ / __ / __	

Détails des actes médicaux	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant pris en charge par un organisme local	Nom du praticien ou de l'établissement	Signature et cachet du praticien
----------------------------	----------------	---------------------------------	---	--	----------------------------------

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste...)

Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Traitement dispensé du |__|/|__|/|__| au |__|/|__|/|__|				
Nombre de séance(s) dispensée(s) : .....		.....	.....	.....
Description du traitement :					