

## BULLETIN DE SOINS MEDICAUX

### Fonctionnaire :

Nom et Prénom : ..... Fonction:.....

Numéro Tél. : ..... Structure : .....

Nom du malade : ..... Age : ..... ans Compte CCP / ..... N° .....

Lien de parenté : Assuré  Conjoint  Enfant

### 1- Actes médicaux (à préciser)

Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et Visa
.../.../.....	.....	Chiffre : ..... DA Lettres : .....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	

### 2 – Lunetterie (à renseigner par l'opticien)

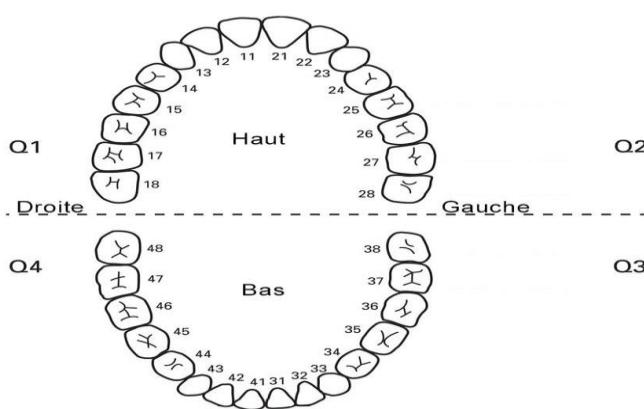
Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et Visa
.../.../.....	Verres : ..... Monture : ..... <i>(Veuillez séparer les montants en chiffre verres et monture)</i>	Chiffre : ..... DA Chiffre : ..... DA Total en lettres ..... .....	

### 3- Soins dentaires (à renseigner par le Chirurgien-Dentiste)

Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et Visa
.../.../.....	.....	Chiffre : ..... DA Lettres : .....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	

Entourer la(es) dent(s) traitée(s) :

Dent(s) numéro : .....



**NB : ce bulletin n'est valable que pour un seul acte**

#### Cadre réservé à la C.O.S

Dossier traité : OUI / NON

Remarque :

.....

.....

Décision : Admis / Rejeté

#### Structure de Gestion O.S

Dossier traité : OUI / NON

Montant de remboursement :

..... DA