

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)

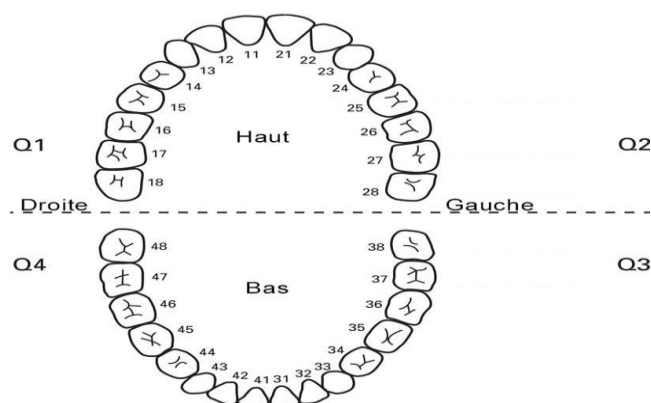
Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et Visa
.../.../...	Verres :..... Monture :..... <i>(Veuillez séparer les montants en chiffre verres et monture)</i>	Chiffre : DA Chiffre :DA Total en lettres.....	

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 :



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

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