

**Partie réservée au centre de Biologie et d'Anatomie Pathologique**

Date des actes	Code des actes	Lettre Clé	Montant facturé	Signature & Cachet

**Partie réservée au centre de Radiologie et d'Imagerie**

Date des actes	Code des actes	Lettre Clé	Montant facturé	Signature & Cachet



**FEUILLE DE SOINS**

N° Dossier

**Cadre réservé à l'Adhérent (e) :**

Nom & Prénom : .....

Matricule : .....

Date de naissance : ...../...../.....

ADRESSE .....

.....

ville.....

**Cadre réservé au bénéficiaire des soins :**

Nom & Prénom du malade : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Degré de Parenté :  
 Adhérent Lui-même                       Conjoint                       Enfant

**Décompte des frais engagés**

NATURE DES ACTES	MONTANT
- Consultations	.....
- Pharmacie	.....
- Analyses	.....
- Radiographie	.....
- Auxiliaires médicaux	.....
- Fournitures	.....
- Autres	.....
<b>Total</b>	.....

Le mutualiste soussigné atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature du mutualiste

**IMPORTANT :**

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentés à la MAS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

