

DOSSIER
NUMERO

LABORATOIRE	
COTATIONS PAR EXAMEN	
REFERENCE CODEE	COTATION
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
TOTAL "B" (1)	

RADIOLOGIE	
COTATIONS PAR EXAMEN	
REFERENCE CODEE	COTATION
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
TOTAL "Z" (1)	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MUTUALISTE

NOM N° MATRICULE

PRENOMS DATE DE NAISSANCE

ADRESSE PERSONNELLE N° RUE

..... VILLE

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE SIL N'EST PAS LE MUTUALISTE

NOM PRENOMS

DATE DE NAISSANCE DEGRE DE PARENTE

PROFESSION

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ? OUI NON - CAUSE PAR UN TIERS ? OUI NON

MODE PAIEMENT CHOISI

VIREMENT BANCAIRE OU C.C.P

N° DU COMPTE

INTITULE DE

L'ETABLISSEMENT

CHEQUE BANCAIRE A MON ORDRE

EN ESPECES A VOTRE GUICHET

DECOMPTE DES FRAIS ENGAGES

NATURE DES ACTES	MONTANT
- Médecins C ou V	
- pharmacie	
- Analyses	
- Radiographie	
- Auxiliaires médicaux	
- Fournitures	
- Déplacement praticien	
TOTAL	

LE MUTUALISTE SOUSSIGNE ATTESTE
SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES
RENSEIGNEMENTS PORTES CI-DESSUS

A LE

SIGNATURE DU MUTUALISTE

DATE DES EXAMENS	MONTANT DES EXAMENS	SIGNATURE	IDENTIFICATION DU LABORATOIRE OU DU RADIOLOGUE

IMPORTANT: LA FEUILLE DE SOINS - ELLE PEUT ETRE PRESENTEE A LA MUTUELLE LE 16ème JOUR
SUIVANT LE PREMIER ACTE ET AU PLUS TARD LE 29ème JOUR OUI SUIT CET ACTE MEDICAL

DATE DE RECEPTION

DATE DE LIQUIDATION

DATE DE PAIEMENT

RESERVE A LA MAS

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT
PRESTATION ET PAIEMENT DES ACTES

Date des actes medicaux	Designation des actes suivant nomenclature	Dél. d'une ord.	1 chambre 2 sortie autorisée	Montant des honoraires perçus	Signature du Médecin	CACHET DU MEDECIN TRAITANT

PARTIE RESERVEE AUX AUXILIAIRES MEDICAUX
PRESTATIONS ET PAIEMENT DES ACTES

Date des actes	Désignation des actes suivant nomenclature	Montant des honoraires perçus	Signature de la sage femme ou de l'auxiliaire médical	TRAITEMENT ORDONNE LE	
				Par le Docteur	
				. Accord préalable de la Mutuelle d'Action Sociale	
				Identification de l'auxiliaire médical	
				Cachet	N° de l'autorisation d'exercer

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

Date de l'ordonnance ou de la fourniture	MONTANT	Signature du pharmacien ou du fournisseur	Identification du pharmacien ou du fournisseur (cachet)

IMPORTANT : Le remboursement des frais pharmaceutiques et des fournitures est subordonné à la présentation des ordonnances sur lesquelles on aura préalablement collé les vignettes dans l'ordre de la prescription.