



SERVICE
« ASSURANCE MALADIE »

TIERS-PAYANT

- ☐ Masseurs-kinésithérapeutes
☐ Infirmiers
☐ Pédicures
☐ Orthophonistes
☐ Sages-femmes

Cadre réservé à la Caisse

ETAT RECAPITULATIF

N° Interne : _____

Nombre de dossiers : _____

ETAT N° _____ Date _____

En cas de changement de mode de paiement, n'omettez pas de nous adresser un courrier accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire.

	N° fact.	N° carte	Nom et Prénom du malade	Nbre	Montant	Réservé à la CAFAT	
						T.U. ①	R. ②
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
0							
TOTAL DE L'ETAT							

① Traitement ultérieur du dossier

② Retour du dossier.

Cachet du prestataire

Cachet de réception à la CAFAT