

# AIDE MEDICALE / DASSPS NORD / ORTHOPHONISTE

**Nom ou Raison Sociale :** \_\_\_\_\_

**BP ou Adresse :** \_\_\_\_\_

**N° de Compte :** \_\_\_\_\_

**N° RIDET:** \_\_\_\_\_

**Code CAFAT:** \_\_\_\_\_

**FACTURE N°:** \_\_\_\_\_ **Du** \_\_\_\_\_

**Blanco Interdit sur la facture**

			ACTES				DEPLACEMENTS		
AMG	BENEFICAIRES	Code prescripteur	DATE SOINS	ACTES	DJF	MONTANT	Km/Qté	IFD	MONTANT
			TOTAL Actes				TOTAL Déplacements		
			montant abattement de 10%						
			Total Actes avec abattement						
			Montant déplacements						
			(total actes avc abb+total depl) MONTANT A PAYER						

**Arrêté la présente facture à la somme de:**

**Tampon+signature prestataire:**