

# REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

Structure: \_\_\_\_\_

N° Adhésion \_\_\_\_\_

CONTACT: Tél  (237) \_\_\_\_\_

Mail  \_\_\_\_\_

LIEU HOSPITALISATION : \_\_\_\_\_

CENTRE HOSPITALISATION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MOTIF HOSPITALISATION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Eléments		Références
1	Ordonnance(s) médicale	<input type="checkbox"/> _____
2	Facture(s) de soins	<input type="checkbox"/> _____
3	Reçu (s) de paiement	<input type="checkbox"/> _____

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature