

FICHE DE SOIN

N DE LIASSE:

N DE LIASSE:

Societe:

Socitete:

Nom & Prenom du salarié:

Nom & Prenom du salarié:

Nom & Prenom du malade:

Nom & Prenom du malade:

Né le:

Né le:

Sexe: Masculin

N° d'assuré:

N° d'assuré

Taux de Remboussement:

Taux de Remboussement

RESERVE AU MEDECIN TRAITANT

Nature de l'affection:

Nature de l'affection

Date de debut de l'affection:

Date de debut de l'affection

ACTE PROFESSIONNELS

Date	Designation de l'acte	Code de l'acte	Cout de l'acte	Ticket Modérateur	l'assu
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Exemplaire A Faire Par Le Centre De Soins De SUNU Assurances IARD Burkina Faso

PRESCRIPTION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Designation	Quantité	Prix	
.....	..... 	..... 	<div>Add line</div>

Total	<input type="text"/> 
Ticket Modérateur	<input type="text"/> 
Reste a payer par assureur	<input type="text"/> 

EXAMENS OU ANALYSE PRESCRITS

Nature des actes	Codification	Montant	
.....	.....	.....	<div>Add line</div>

Signature Et Nom Du Medecins

Total	<input type="text"/> 
Ticket Modérateur	<input type="text"/> 
Reste a payer par assureur	<input type="text"/> 

Submit