



## FEUILLE DE SOINS

Remplir une feuille par malade et transmettre à la CRRAE-UMOA dans un **délai de 30 jours** à compter de la date de prescription des actes ou exposition des frais pharmaceutiques.

N° FEUILLE

MATRICULE ASSURE

Assuré(e) principal(e) – Nom : ..... Prénom (s) : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... Téléphone/Télécopie. : .....

Malade - Nom : ..... Prénom (s) : ..... Date de naissance : .....

Date de la maladie ou de l'accident : ..... Nature de l'affection (I) : .....

Circonstances (en cas d'accident) : .....

Nom et adresse du tiers responsable : .....

Son assureur : ..... P.V. ou Constat établi par : .....

(I) Si le malade le désire, le médecin traitant peut préciser la nature de la maladie sous pli cacheté adressé au Médecin-conseil du FAAM.

### RELEVÉ DES ACTES ET FRAIS (à remplir par les praticiens et pharmaciens)

PRATICIENS				PHARMACIENS	
Date	Désignations des actes	Honoraires	Signature et cachet du praticien	Cachet du pharmacien	Montant de l'ordonnance