



Tél : 21 30 11 48 - 97 97 60 71 - 01 BP 3128 République du Bénin

FEUILLE DE SOINS POUR PREFINANCEMENT

A remplir par l'Assuré

SOUSCRIPTEUR :	
ASSURE :	Téléphone :
PATIENT : Téléphone :	
Né (e) :	Conjoint (e) : <input type="checkbox"/> Enfant : <input type="checkbox"/>
N° Adhérent	E-mail :

A remplir par Le Praticien

NATURE DE L'AFFECTION :

RELEVÉ DES ACTES ET FRAIS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX

ACTES	DATES	NATURE PRESTATION	MONTANT FACTURE	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
CONSULTATIONS				
PHARMACIE ET SOINS				
BIOLOGIE				
IMAGERIES MEDICALES				
AUTRES				

Signature de l'Assuré