

Dr Tél : Fax : Email :	Code prestataire facturier :	
	<réservé CNS>	
Matricule : Patient : N° Accident : Date Accident :		

MÉMOIRE D'HONORAIRES
N° :
du :

	Exécutant	Date du	Code Acte	Numéro de l'appareil	Nbr	Montant	€
01							€
02							€
03							€
04							€
05							€
06							€
07							€
08							€
09							€
10							€
Signature du prestataire							€
							€
					Total :		€
							€
							€
					A PAYER :		€

!!!
Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie.
Le médecin adresse directement la demande de prise en charge à la caisse compétente.
!!!