

ETAT RECAPITULATIF DES ATTESTATIONS DE SOINS

Mois :
Transmis à :
Par :

Les attestations de soins concernant le mois de
Pour un montant total de€ comme il ressort de l'inventaire ci-dessous.

Montant des interventions à verser au compte n° au nom de
..... .

Fait à, le

N°	Nom-Prénom du patient	N°d'inscription	Montant à charge mutualité	Tickets modérateurs à charge patient	Remarques