CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE
☎ : 261 20 22 205 20 - ✉ : 233
Site web: http://www.cnaps.mg ~ e-mail: cnaps@cnaps.mg

FEUILLET « B »

FEUILLET des ACTES MÉDICAUX

N° Sinistre : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **N° Employeur :** |_|_|_|_|_|_|_|

(A remplir par l'Employeur)

VICTIME	***EMPLOYEUR***
Nom :.....	Nom ou Raison Sociale :.....
Prénoms :.....	.....
Adresse :.....	Activité :.....

(A remplir par le Médecin traitant)

Je soussigné, Docteur en Médecine,

Nom : .....

Prénoms : ..... ONM : .....

Service :.....

Déclare que le montant global des actes médicaux s'est élevé à **Ar**.....

Montant dont la ventilation figure ci-dessous et pour la période allant du ..... au .....

VENTILATION des ACTES MÉDICAUX

Date	Consultation	Petite chirurgie	Radio*	Chirurgie*	Analyse*	Montant
					TOTAL : Ar	

**** Veuillez joindre avec ce « feuillet B » toutes les factures en bonne et due forme et les ordonnances médicales relatives à ces actes médicaux.***
Remarque : pour les frais pharmaceutiques, veuillez joindre toutes les factures en bonne et due forme, les ordonnances médicales relatives et une demande de remboursement.

Fait à ....., le.....

Signature et Cachet du Médecin.