Annexe 1ère à l'arrêté ministériel du 28 mars 2003

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient: .....

.....

Organisme assureur: .....

Numéro d'inscription: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋

Adresse du titulaire: .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du bénéficiaire:.....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Date	Numéro de nomenclature de la prestation	N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée
(2)	(2)	(2)

Réservé à l'O.A.

.....

.....

.....

A remplir si le bénéficiaire est hospitalisé:

N° de l'établissement: ⌊⌋/⌊⌋⌋/⌊⌊⌋⌋/⌊⌋⌋

Service: ⌊⌋⌋

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Identification du dispensateur:

A.R. 15.07.2002

..... EUR

E

Date: .....

Signature du dispensateur.

R E Ç U

Date: .....

Signature du dispensateur.

Reçu la somme de: ..... EUR

Reçu-attestation de soins

Original

Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant