

**FEUILLE DE SOINS DES PRATICIENS
(à remplir par le praticien)**

N° Sinistre :
Date de l'accident (de constatation) : __ / __ / ____ / __

Nom de l'employeur : Matricule CNSS
Ou
Raison Sociale

Adresse : Tél :
BP : Fax : E.Mail.....

Nom et Prénoms de la Victime : Sexe
Matricule CNSS : Adresse personnelle
Tél : BP : Fax : E.mail

Prestations des médecins et autres praticiens

Date	Désignations des actes	Quantité	Honoraires	Observation (réservé à la CNSS)
Total exposé				

<p><u>Hôpital (ou clinique)</u></p> <p>Nom ou Raison Sociale :</p> <p>.....</p> <p>N°CNSS Praticien :</p> <p>Adresse :</p> <p>BP :.....</p> <p>Tél :.....</p> <p>Fax :</p>	<p>Médecin ayant accompli l'acte médical ou Médecin ayant délivré l'ordonnance</p> <p>Nom et Prénoms :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>BP :.....</p> <p>Tél :.....Fax :.....</p> <p>Victime reçue, le __ / __ / __ /</p> <p>(Signature et cachet du médecin)</p>
---	---

Partie réservée à la CNSS

<p>Montant après correction : F CFA</p> <p>Date de la correction : __ / __ / __ /</p> <p>(Signature et cachet du médecin- conseil)</p>
--

NB : Veuillez joindre pour tous les actes médicaux mentionnés les reçus de caisse ou factures dûment délivrés.

FEUILLE DE SOINS FOURNISSEURS (à remplir par le pharmacien ou autre)

N° Sinistre :
Date de l'accident (de constatation) : __ / __ / ____ / __

Nom de l'employeur : Matricule CNSS
Ou
Raison Sociale

Adresse : Tél :

BP : Fax : E.Mail.....

Nom et Prénoms de la Victime : Sexe

Matricule CNSS : Adresse personnelle

Tél : BP : Fax : E.mail

Produits pharmaceutiques et autres fournitures

Ordonnances médicales				Médicaments et fournitures		
Date	Désignation	Posologie	Qté	PU	Montant	Observation (réservé à la CNSS)
Total exposé						

Fournisseur (Pharmacien, autre)

Nom ou Raison Sociale :

N° CNSS Fournisseur:

Adresse : BP :

Tél : Fax : E.mail

Médicaments (fournitures) délivrés le __ / __ / ____ /

(Signature et cachet du pharmacien ou fournisseur)

Partie réservée à la CNSS

Montant après correction : F CFA

Date de la correction : __ / __ / ____ /

(Signature et cachet du médecin – conseil)

NB : Veuillez joindre pour tous les produits pharmaceutiques et autres fournitures livrés les reçus de caisse ou factures dûment délivrées.