



Service « Assurance Maladie »

TIERS-PAYANT

- Masseurs-kinésithérapeutes
- Infirmiers
- Pédicures
- Orthophonistes

Cadre réservé à la Caisse
ETAT RÉCAPITULATIF

N° Interne : _____

Date arrivée CAFAT: _____

Etat N° _____ **Date** _____

En cas de changement de mode de paiement, n'omettez pas de nous adresser un courrier accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire.

| | N° fact. | N° assuré | Nom et Prénom du malade | Nbre | Partiel : P Complet : C | Montant | Réservé à la CAFAT | |
|----|----------|-----------|-------------------------|------|----------------------------|---------|--------------------|------|
| | | | | | | | T. U. ① | R. ② |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |

TOTAL DE L'ETAT.....

① Traitement ultérieur du dossier.

② Retour du dossier.

Cachet du prestataire

Cachet de réception à la CAFAT

Form - 17/09/96