RECAPITULATIF DES HONORAIRES DES MEDECINS

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE SOIGNEE : .....

N° NATIONAL : ..... (A défaut, la date de naissance)

ADRESSE : .....

Prestations		Honoraires		Nom du médecin
Date	Code A.M.I.	Payés	Remboursés par l'A.M.I.	
TOTAUX				

Apposer ici
une vignette mutuelle

Certifié sincère et véritable Signature

Fait à ....., le .....