CRRAE-UMOA
Caisse de Retraite par Répartition Avec Epargne de l'Union Monétaire Ouest Africaine

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FEUILLE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Remplir une feuille par malade et transmettre à la CRRAE-UMOA.

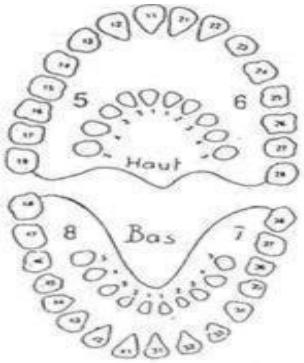
N° FEUILLE	MATRICULE ASSURE

Assuré(e) principal(e) – Nom :……**Prénom (s) :**……

Adresse :……

E-mail :……**Téléphone/Télécopie**……

Malade – Nom :……**Prénom (s) :**……**Date de naissance :**……

SCHEMA DE CONTROLE		SOINS	
		Dent	Traitement
	X A extraire ou absente	……	……
	O Obturation	……	……
	TC Traitement canalaire	……	……
	PC Prothèse conjointe	……	……
	PA Prothèse adjointe	……	……
	OR Appareil Orthodontique	……	……
	PR Parodontie	……	……

RELEVE DES ACTES ET FRAIS
(à remplir par les praticiens et pharmaciens)

PRATICIENS				PHARMACIENS	
Date	**Désignations des actes**	**Honoraires**	**Signature et cachet du praticien**	**Cachet du pharmacien**	**Montant de l'ordonnance**