



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.

N° FEUILLE

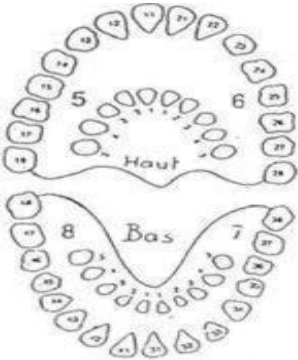
MATRICULE ASSURE

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

Adresse :

E-mail : Téléphone/Télécopie :

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

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

RELEVÉ 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