



Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FEUILLE DE SOINS

Remplir une feuille par malade.

MATRICULE ASSURE

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

Adresse :

E-mail : **Téléphone/Télécopie. :**

Malade - Nom :.....**Prénom (s) :**.....**Date de naissance :**.....

Date de la maladie ou de l'accident : **Nature de l'affection (I) :**

Circonstances (en cas d'accident) :

Nom et adresse du tiers responsable :

Son assureur : P.V. ou Constat établi par :

(1) Si le malade le désire, le médecin traitant peut préciser la nature de la maladie sous pli cacheté adressé au Médecin-conseil du FAAM.

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

[illegible]