الشركة الجزائرية للتأمينات

COMPAGNIE ALGERIENNE DES ASSURANCES

52, Avenue des Frères Bouadou - Bir Mourad Raïs - ALGER

CAAT

IMPORTANT	Ce document doit être impérativement complété par le praticien pour toute demande de remboursement.

BULLETIN DE SOINS

Représentant	N° Sinistre	N° de l'Assuré	Exercice	Branche
Code				

Souscripteur	Assuré
Nom :	Nom et Prénom (s) : .....
.....	.....
Adresse :	Qui est malade ou blessée : L'Assuré - le Conjoint - l'Enfant : (1)
.....	Nom et Prénom (s) : .....
.....	.....
.....	Adresse : .....
.....	.....

(1) Biffer les mentions inutiles

Nom et prénom (s) du malade : .....

Partie à remplir par le médecin

A - ACTES MEDICAUX

Date	Nature de l'acte	Cachet et visa du praticien	Montant des honoraires payés	Date	Nature de l'acte	Cachet et visa du praticien	Montant des honoraires payés

Remarques importantes

1) Faire remplir par le praticien la partie qui lui est réservée
2) Faire porter par le praticien le coefficient des actes pratiqués
3) Joindre les pièces justificatives : notes et honoraires, bulletins d'analyse, etc...

Réf. : 11

B - EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Montant de la facture	*Cachet et visa du pharmacien ou du laboratoire*	*Montant de la facture*	*Cachet et visa du pharmacien ou du laboratoire*

C - HOSPITALISATION

Date	*Nom et adresse de l'établissement*	*Date d'entrée*	*Date de sortie*	*Montant des frais*	*Cachet et visa de l'établissement*

IMPORTANT :

Pour obtenir le règlement des prestations, outre les renseignements et documents prévus sur le présent document, l'Assuré fournira les feuilles de décompte de Sécurité Sociale relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement des indemnités journalières.

A ....., le ..... 20 .....

Signature de l'Assuré,