

N° de la Consultation N° de la Transaction 

Contractant : .....

Contrat N° : .....

L'Adhérent : .....

Matricule : **IDENTIFICATION DU MALADE**Qualité :  Adhérent  Conjoint  Enfant  Parent à Charge

Signature de l'adhérent

Nom et Prénom du malade : .....

**LE RADIOLOGUE**Matricule Fiscale N° :  /  /  /  / 

Nature de l'acte		Cotation	P.U.	Total
Le Medecin (Visa et cachet)	Le Radiologue (Visa et cachet)	Total Général		
		Ticket Modérateur		
		Reste à payer		
Date :	Date :			

