

Nom de l'adhérent  
Member's name

N. Banque Mobile  
Mobile Bank number

  
**Soins  
&  
Hospitalisation**

CACHET ET SIGNATURE DE L'ÉTABLISSEMENT  
Stamp and Signature of the provider

**A**

N. Banque Mobile  
Mobile Bank number

Lieu de soins : Ambulatoire  Hospitalisé   
Place of care : Ambulatory Hospitalised

**B**

Jour Day	montant amount	copaiement copay	payé paid	reste à charge DanAid's coverage	payé paid
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Date de début

**C**

CACHET ET SIGNATURE ATTESTANT DU PAYEMENT  
Stamp and Signature confirming payment

Date de clôture

Renseigner la partie A à l'admission du patient. Renseigner la partie B chaque jour et la partie C à la sortie. Utiliser une autre feuille de soins en cas de besoin.  
Fill in part A on admitting the patient. Part B is filled daily and part C on exit. Use another treatment sheet if necessary.

  
**Laboratoire**

CACHET ET SIGNATURE DE L'ÉTABLISSEMENT  
Stamp and Signature of the provider

**D**

N. Banque Mobile  
Mobile Bank number

Ordonnance No.  
Prescription number

Date

Montant Total du Devis  
Estimated total amount

Date

CACHET ET SIGNATURE ATTESTANT DU PAYEMENT  
Stamp and Signature confirming payment

**E**

Montant payé par l'utilisateur  
Amount paid by the user

30%

Montant payé par DanAid  
Amount paid by Danaid

70%

Date

Établir un devis au patient et remplir la partie D avec le coût total. Remplir la partie D seulement après paiements.  
Prepare an estimate for the patient and fill part D with the full amount. Only fill part E after payments are received.

  
**Pharmacie**

CACHET ET SIGNATURE DE LA PHARMACIE  
Stamp and Signature of the Pharmacy

**F**

N. Banque Mobile  
Mobile Bank number

Ordonnance No.  
Prescription number

Date

Montant Total du Devis  
Estimated total amount

Date

CACHET ET SIGNATURE ATTESTANT DU PAYEMENT  
Stamp and Signature confirming payment

**G**

Montant payé par l'utilisateur  
Amount paid by the user

30%

Montant payé par DanAid  
Amount paid by Danaid

70%

Date

Établir un devis au patient et remplir la partie avec le coût total I. Remplir la partie 2 après réception des paiements. | Prepare an estimate for the patient and fill part 1 with the full amount. Fill part 2 after payments are received.

**Consultation**

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN DE FAMILLE  
Stamp and Signature of the Family Doctor

Ref.

Ordonnance(s) pharmaceutique

N.

Analyses Biomédicales

N.

Demande d'hospitalisation

Date

Utiliser une Feuille de soins par médecin et par malade.  
Use one treatment sheet for each Medical Doctor

Médecin de Famille  Référent

Nom du patient  
Patient's name

Date de Naissance  
Birth date

Frais de consultation payés  
Consultation fees paid

CACHET ET SIGNATURE DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTANT DE LA PERCEPTION  
Stamp and Signature of health Centre confirming payment