

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ETABLISSEMENT.....

FACTURE N° J....

MODELE DE FACTURE D'HOSPITALISATION
EN HOPITAL DE JOUR POUR LES DETENUS ET JEUNES DELINQUANTS

Du...../...../.....

Organisme : Etablissement des prisons et de rééducation

Demande de soins n°.....du /...../.....

Identification du malade

Nom et Prénom :.....

Service hospitalier.....unité.....

Admission n°.....du.....sortie le.....

Spécialités	Montant (en Dinars)
Code de l'acte effectué en hôpital de jour	
TOTAL	

Arrêté la présente facture à la somme de (x en toute lettres) :

.....

Nb : la présente facture doit être adressée en triples exemplaires à l'organisme débiteur.

(1) Cocher la mention utile

Le Directeur de l'établissement