ملحق عدد 4 مكرر

RELEVE DES ACTES ET SOINS AMBULATOIRES
PRODIGUES AUX DETENUS ET JEUNES DELINQUANTS

Etablissement des prisons et de rééducation:.....

DATE :.....
PAGE.....
PERIODE DU .....AU.....
DECOMPTE N°.....

Report

Numéro d'inscription (1)	Nom et Prénom du malade	**N° de la demande de soins**	**Date de la consultation**

TOTAL A REPORTER; (Nombre des lignes X le forfait)

Nombre de pages :	**Nombre de lignes**	**Forfaits :**	**Total à payer**
Arrêté le présent décompte à la somme de (en toutes lettres)			

Numéro généré automatiquement par le système informatique. les structures non équipés utiliseront leurs procédures habituelles
(ordre numérique du jour