

PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SECTION RESERVED SOLELY FOR THE USE OF HEALTH PROFESSIONALS / PARTE RESERVADA PARA USO EXCLUSIVO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN, AU SPÉCIALISTE (radiologue, etc.) OU A L'ÉTABLISSEMENT

SECTION RESERVED FOR THE DOCTOR, THE SPECIALIST (radiologist, etc.) OR THE ESTABLISHMENT / PARTE RESERVADA AL MÉDICO, EL ESPECIALISTA (radiólogo, etc.) O EL CENTRO HOSPITALARIO

IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT

Identification of the doctor or the institution
Identificación del médico o del centro hospitalario

NOM (Name / Nombre) :
 ADRESSE (Address / Dirección) :

 SPÉCIALITÉ (Speciality / Especialidad) :

CACHET DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT OBLIGATOIRE

Obligatory stamp of the doctor or the institution
Sello del médico o del centro hospitalario, obligatorio

IDENTITÉ DU MALADE à remplir obligatoirement par le praticien (Identity of the patient to be filled in by practitioner in all cases / Identificación del enfermo a rellenar por el médico en todos casos)

NOM (Name / Apellidos) : PRÉNOM (Forename / Nombre) : ÂGE (Age / Edad) :

DATE DES SOINS <small>Date of cure Fecha de la asistencia</small>	NATURE DE L'ACTE <small>(Préciser éventuellement le siège des soins) Nature of medical attention (If necessary, specify point of body to be treated) Naturaleza de la intervención médica (Precisar eventualmente el lugar de atención médica)</small>	LIEU DES SOINS <small>Place where attended to Lugar de atención médica</small>		MONTANT HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE <small>Total of fees received in local currency Importe de honorarios percibidos en moneda local</small>	SIGNATURE DU MÉDECIN ATTESTANT L'EXÉCUTION ET LE PAIEMENT <small>Signature of doctor confirming provision of medical attention and payment Firma del médico que certifica la realización y el pago</small>
		AU CABINET <small>At the consulting room/En la consulta</small>	AU DOMICILE <small>At home Al domicilio</small>		

PARTIE RÉSERVÉE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR (Joindre impérativement les prescriptions et les factures détaillées acquittées)

SECTION RESERVED FOR THE CHEMIST OR SUPPLIER (the prescriptions and itemized bills paid must be attached)

PARTE RESERVADA AL FARMACÉUTICO O SUMINISTRADOR (Deberán adjuntarse obligatoriamente las recetas y las facturas detalladas pagadas)

NOM - PRÉNOM du malade <small>Name - Forename of patient Apellidos - Nombre del enfermo</small>		
DATE DE L'ORDONNANCE <small>Date of prescription / Fecha de la prescripción</small>		
DURÉE DU TRAITEMENT DÉLIVRÉ <small>Duration of treatment given / Duración del tratamiento indicado</small>		
MONTANT TOTAL RÉGLÉ EN MONNAIE LOCALE <small>Total amount paid in local currency / Importe total pagado en moneda local</small>		
SIGNATURE ATTESTANT LE PAIEMENT, DATE DE DÉLIVRANCE ET CACHET OBLIGATOIRE (OU IDENTIFICATION) <small>Signature confirming payment, date of issue and obligatory stamp (or identification) Firma certificando el pago, fecha de expedición y sello obligatorio (o identificación)</small>		

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Section reserved for laboratory
Parte reservada al laboratorio

PARTIE RÉSERVÉE

A UN AUTRE INTERVENANT (Masseur, Infirmière...)

Section reserved for other people involved (Masseur, Nurse...)
Parte reservada a otro interviniente (Masajista, Enfermera...)

N'oubliez pas de joindre systématiquement les originaux des prescriptions médicales et des factures détaillées et acquittées

NOM du malade : <small>Name of patient / Apellidos del enfermo</small>	NOM du malade : <small>Name of patient / Apellidos del enfermo</small>	
Prénom : <small>Forename / Nombre</small>	Prénom : <small>Forename / Nombre</small>	
Analyses prescrites le : <small>Tests ordered on / Análisis prescritos el</small>	Traitement prescrit le : <small>Treatment prescribed on / Tratamiento recetado el</small>	
Date d'exécution des actes <small>Date procedures carried out / Fecha de realización</small>	Date de début de traitement <small>Date of start of treatment Fecha de inicio del tratamiento</small>	Date de fin de traitement <small>Date of end of treatment Fecha de finalización del tratamiento</small>
□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □

PRÉCISER NATURE ET NOMBRE D'ACTES, SIÈGE DES SOINS, LIEU DE TRAITEMENT <small>Specify nature and number of treatments, point of body treated and place of treatment Precisar la naturaleza y número de sesiones, lugar de atención médica, lugar de tratamiento</small>	
HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE <small>Fees received in local currency Honorarios percibidos en moneda local</small>	
CACHET OBLIGATOIRE ET SIGNATURE ATTESTANT LE PAIEMENT <small>Stamp of professional and signature confirming payment Sello profesional y firma que certifica el pago</small>	