

**ETAT RECAPITULATIF DES ATTESTATIONS DE SOINS**

Mois : .....  
Transmis à : .....  
Par : .....

Les attestations de soins concernant le mois de .....  
Pour un montant total de .....€ comme il ressort de l'inventaire ci-dessous.

Montant des interventions à verser au compte n° ..... au nom de  
.....

Fait à ....., le .....

| N° | Nom-Prénom<br>du patient | N° d'inscription | Montant<br>à charge<br>mutualité | Tickets modérateurs<br>à charge patient | Remarques |
|----|--------------------------|------------------|----------------------------------|---|-----------|
|    |                          |                  |                                  |   |           |
|    |                          |                  |                                  |   |           |