

# BON DE PRISE EN CHARGE EXAMEN N° : 4835



<u>N° MATRICULE</u> Agent <b>9230</b>		<u>DIRECTION</u> Adhérent		<u>SERVICE</u> Adhérent		<u>N° CARTE</u> Malade <b>923002</b>	
<u>Nom et Prénoms de l'Adhérent</u> : ZELIAHOUROU HONORE DE KPASSOU				<u>Date de Naissance</u> 27/12/1979		<u>Statut</u> Conjoint	
<u>Nom et Prénoms du Malade</u> : KPROHI AKOHON MARIE-LOUISE				27/12/1979		<u>RESERVE AU PRATICIEN</u> Code Date Cachet et signature	
		<u>TICKET MODERATEUR</u> C: 1500 F CFA		<u>COUT DE L'ACTE</u> 12 000 F CFA		<u>PART EMPLOYEUR</u> 10 500 F CFA	
		<u>DESIGNATION DE L'ACTE</u> CONSULTATION GENERALISTE					
N°	EXAMEN			PRESCRIPTION		Prix Unitaire	Montant Total
1	PIED F/P-Radiographie os-poumons						
MONTANT		REMISE		PART		Fourni le.....Signature et cachet	
				ASSURE 20%    CNPS 80%			