



# Feuille de soins

volet n°3 (CNAMGS)

**Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale**  
 B.P. 3999 Libreville – Gabon – Tél. : (241) 77 59 65 / 66 / 67 / 68 – Fax : (241) 77 59 64 – Web : www.cnamgs.ga

Date de réception CNAMGS

## Patient

Nom et prénom du patient

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)  /  /

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation du patient

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Situation du patient (cocher la case)  
 Assuré  Ayant droit

Signature du patient (obligatoire)

## Praticien

Nom et prénom du praticien

Nom de l'établissement

Code du praticien

Code de l'établissement

Généraliste   
 Spécialiste   
 Autre

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur  Plein  Plein (ALD)  Exonéré

Accident causé par un tiers  Oui  Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse  Oui  Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

## Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile  Oui  Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Montant à payer CNAMGS
Total				

## Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total pharmacie

Total ticket modérateur pharmacie

Total pharmacie à la charge de la CNAMGS

### Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

À remplir obligatoirement pour les GEF (même en cas d'orientation vers une officine privée)

OPSPPC\*  Oui  Non

Nom de l'établissement

Code pharmacie

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

Cachet de la pharmacie publique (obligatoire)

### Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet pharmacie officine

(\*) OPSPPC : « orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné »





# Feuille de soins

volet n°4 (ASSURÉ)

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale  
 B.P. 3999 Libreville – Gabon – Tél. : (241) 77 59 65 / 66 / 67 / 68 – Fax : (241) 77 59 64 – Web : www.cnamgs.ga

Date de réception CNAMGS

## Patient

Nom et prénom du patient

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)  /  /

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation du patient

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Situation du patient (cocher la case)  
 Assuré  Ayant droit

Signature du patient (obligatoire)

## Praticien

Nom et prénom du praticien

Nom de l'établissement

Code du praticien

Code de l'établissement

Généraliste   
 Spécialiste   
 Autre

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur Plein   
 Plein (ALD)   
 Exonéré

Accident causé par un tiers Oui  Non   
 Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui   
 Non

Date présumée de début de grossesse   
 Date présumée de l'accouchement

## Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile Oui  Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Montant à payer CNAMGS
Total				

## Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Total pharmacie				
Total ticket modérateur pharmacie				
Total pharmacie à la charge de la CNAMGS				

### Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

À remplir obligatoirement pour les GEF (même en cas d'orientation vers une officine privée)

OPSPPC\* Oui  Non

Nom de l'établissement

Code pharmacie

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

Cachet de la pharmacie publique (obligatoire)

### Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet pharmacie officine

(\* OPSPPC : « orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné »





# Feuille de soins

volet n°5 (PHARMACIEN)

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale  
 B.P. 3999 Libreville – Gabon – Tél. : (241) 77 59 65 / 66 / 67 / 68 – Fax : (241) 77 59 64 – Web : www.cnamgs.ga

Date de réception CNAMGS

## Patient

Nom et prénom du patient

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)  /  /

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation du patient

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Situation du patient (cocher la case)  
 Assuré  Ayant droit

Signature du patient (obligatoire)

## Praticien

Nom et prénom du praticien

Nom de l'établissement

Code du praticien

Code de l'établissement

Généraliste   
 Spécialiste   
 Autre

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur Plein   
 Plein (ALD)   
 Exonéré

Accident causé par un tiers Oui  Non   
 Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui   
 Non

Date présumée de début de grossesse   
 Date présumée de l'accouchement

## Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile Oui  Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Montant à payer CNAMGS
Total				

## Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total pharmacie

Total ticket modérateur pharmacie

Total pharmacie à la charge de la CNAMGS

### Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

À remplir obligatoirement pour les GEF (même en cas d'orientation vers une officine privée)

OPSPPC\* Oui  Non

Nom de l'établissement

Code pharmacie

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

Cachet de la pharmacie publique (obligatoire)

### Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet pharmacie officine

(\* OPSPPC : « orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné »)

