



**FEUILLE DE SOINS
MEDICAL CARE FORM
FORMULARIA DE CURAS
FOLHA DE TRATAMENTO**



RECTO : à remplir par vous

VERSO : à remplir par votre praticien/établissement de soins (complété, daté et signé)

FRONT: to be completed by you

BACK: to be completed by your practitioner/healthcare establishment (completed, dated and signed).

ANVERSO: para ser completado por usted

REVERSO: debe ser completado por su médico/establecimiento de atención médica (completado, fechado y firmado)

FRENTE: para ser preenchido por você

VERSO: a ser preenchido pelo seu médico/estabelecimento de saúde (preenchido, datado e assinado)

N° de matricule / Registration
Número de matrícula / Registro :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Civilité / Title / Civilidad / Civilidade :

.....
.....

Nom / Surname / Apellido / Sabrenome :

.....
.....

Prénom / First name / Nombre / Nome :

.....
.....

**Pays de soins / Country of care País de
atención / País de cuidado :**

.....
.....

Date/Dated/Fecha/Datado

Signature/Firma/Assinatura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**PARTIE RESERVEE
AU PRATICIEN TRAITAINT**

AFIN QUE VOTRE MALADE PUISSE ÊTRE REMBOURSÉ DE SES FRAIS MÉDICAUX, MERCI DE COMPLÉTER LES RUBRIQUES CI-DESSOUS.

**PART RESERVED
TO THE ATTENDING PHYSICIAN**

IN ORDER THAT YOUR PATIENT'S MEDICAL EXPENSES BE REFUNDED, PLEASE COMPLETE THE SECTIONS BELOW.

**PARTE RESERVADA
AL MÉDICO DE CABECERA**

PARA QUE SU PACIENTE PUEDA CONSEGUIR EL REEMBOLSADO DE SUS GASTOS MÉDICOS, POR FAVOR COMPLETE LAS RECUADROS SIGUIENTES.

**PARTE RESERVADA
AO MÉDICO**

PARA QUE SEU PACIENTE POSSA CONSEGUIR O REEMBOLSO DE SUAS DESPESAS MÉDICAS, FAVOR PREENCHER O QUADRO ABAIXO.

Examen ou traitement Examination or treatment Reconocimiento o tratamiento Exame ou tratamento	Soins pratiqués* : préciser la nature des examens ou des soins Care* : specify the type of the examination or treatment Asistencia dispensada* : precisar el tipo de los reconocimientos o de la asistencia Tratamento praticaco* : precisar a lipo de exames ou tratamentos	Montant payé (monnaie locale) Amount paid (national currency) Impote pagado (moneda nacional) Valor pago (moeda nacional)	Date des soins Date of care Fecha de la asistencia Data dos serviços	Signature du praticien + tampon si possible Signature of the practitioner + stamp if possible Firma del médico + sello si es posible Assinatura do médico + carimbo se possível
<input type="checkbox"/> CONSULTATION MÉDICALE MEDICAL VISIT	<input type="checkbox"/> GÉNÉRALISTE/GENERALIST/GENERALISTA <input type="checkbox"/> SPECIALISTE/SPECIALIST/ESPECIALISTA <i>Indiquer la spécialité du médecin/Indicate the doctor's specialty</i> <i>Indicar la especialidad del médico/a especialidade do médico</i>			
<input type="checkbox"/> EXAMEN RADIOLOGIQUE RADIOLOGICAL EXAMINATION ESTUDIO RADIOLOGICO EXAME RADIOLOGICO	NATURE/TYPE/TIPO			
<input type="checkbox"/> EXAMEN DE LABORATOIRE LABORATORY TESTS ANÁLISIS DE LABORATORIO EXAME DE LABORATÓRIO	NATURE DE L'ANALYSE/TYPE OF ANALYSIS/TIPO DE ANALISIS/TIPO DE ANÁLISE			
<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION HOSPITALIZATION HOSPITALIZACIÓN HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MEDECINE/MEDICINE/MEDICINA/MEDICINA <input type="checkbox"/> CHIRURGIE/SURGERY/CIRURGIÁ/CIRURGICA		DATE D'ENTRÉE DATE OF ADMISSION FECHA DE ENTRADA DATA DE ENTRADA DATE DE SORTIE DATE OF DISCHARGE FECHA DE SALIDA DATA DE SAÍDA	
<input type="checkbox"/> ACTES INFIRMIERS ET KINÉ NURSING AND PHYSIOTHERAPY ACTS ACTOS DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA ATOS DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA			
<input type="checkbox"/> OPTIQUE OPTICAL ÓPTICA ÓTICA	Distinguer le montant de la monture et le montant des verres Distinguish between the amount of the frame and the amount of lenses Distinguir entre la cantidad de montura y la cantidad de lentes Faça a distinção entre a quantidade de armação e a quantidade de lentes	Monture Mount Montura Monte Verres Glasses Lentes Óculos		
<input type="checkbox"/> DENTAIRE DENTAL	<input type="checkbox"/> SOINS/CARE/CAIDADO <input type="checkbox"/> PROTHÈSES/ PROSTHESES/PRÓTESIS/PRÓTESES			
<input type="checkbox"/> PHARMACIE PHARMACY FARMACIA FARMÁCIA			
<input type="checkbox"/> AUTRES OTHER CASES OTROS CASOS OUTROS CASOS	Specify obligatorily/Especificar obligatoriamente/Especifique obrigatoriamente			

* Si disponible, joindre facture détaillée et acquittée/If available, attach detailed and receipted invoice/Si está disponible, adjunte factura detallada y recibida/Se disponível, anexe fatura detalhada e recibo