



VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

N°

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule :

N° RCAR :

Nom et Prénom de l'agent :
.....

Date de consultation :

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

N°

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule :

N° RCAR :

Nom et Prénom de l'agent :
.....

Date de consultation :

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne

- La feuille de soins dentaires doit comporter le cachet du chirurgien-dentiste traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins dentaires doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Toutes les pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date de l'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie ou d'un soin sont conservés.
- Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthopédie dento-faciale (O.D.F) et les actes de parodontologie sont soumis à l'accord préalable.
- Les extractions multiples au-dessus de huit dents sont soumises à l'accord préalable.
- L'âge limite pour les traitements ODF est de 18 ans avec un plafond de 6 semestres. Le bilan ODF est exigé lors du dépôt du 1^{er} semestre. L'accord préalable est requis.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



FEUILLE DE SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

ENTENTE PREALABLE POUR SOINS SPECIAUX

N°

Agent en activité Agent en retraite

REEMPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent :

N° RCAR Matricule

N°CIN :

Adresse de l'agent :

Ville :

N° Tél. :

Signature de l'agent

A le

REEMPLIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

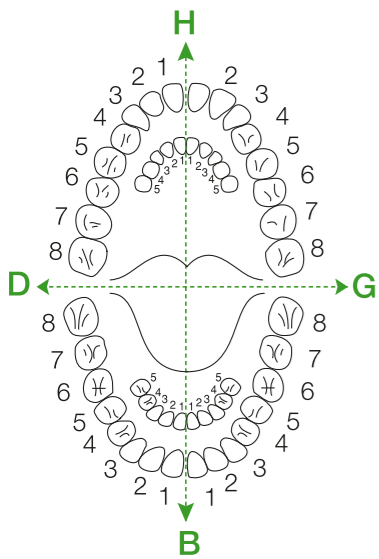
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Médecin traitant : N° INP :

SOINS DENTAIRES

Soins de parodontologie

Les extractions de 8 dents nécessitent un accord préalable.



- Devis** Etabli le :
- Facture** Etablie le :

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant

Total des honoraires DH

Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE

Médecin contrôleur			
Devis	Date	Facture	Date

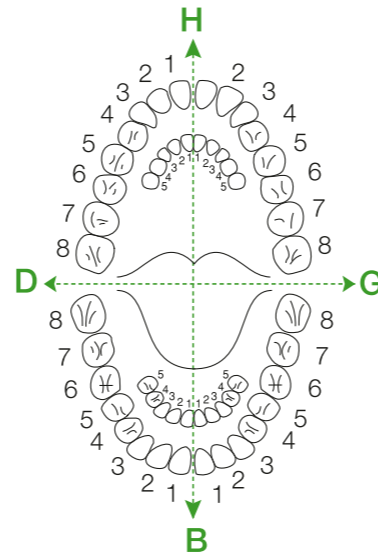
PHARMACIE - ANALYSES - RADIOGRAPHIE

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement

PROTHÈSE DENTAIRE ET ORTHODONTIE

Prothèse et ODF

Sont soumises à un accord préalable.



Prothèse :

- Devis** Etabli le :
- Facture** Etablie le :

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse

Total des honoraires DH

ODF :

Semestre n°...	Commencé le	Terminé le

Total des honoraires DH

Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE

Médecin contrôleur			
Devis	Date	Facture	Date

Exemplaire à conserver par l'agent

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt