



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 et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférant qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : **1**-formulaire d'examen ALD-ALC **2**-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie **3**- les résultats des explorations.
- 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 DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N°

Agent en activité  Agent en retraite

Maladie  Maternité  ALD - ALC  Accident  Médecine de travail

### 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 : .....

**DÉTAIL DES SOINS** (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

**RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE** (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

**EXÉCUTION DES ORDONNANCES** (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

**ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX**

**Devis**                      **Nombre de séances :** ..... **Etabli le :** .....

**Facture**                      **Nombre de séances :** ..... **Etabli le :** .....

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

**CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL**

<p><b>Médecin contrôleur</b></p>
----------------------------------

*Exemplaire à conserver par l'agent*

*Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt*