

## Bulletin de soins

Souscripteur:

Adresse:

Tél.:

Nom, Prénom de l'adhérent (e): .....

Date de naissance : .....

Nom, Prénom du Malade (si autre que l'adhérent) : .....

Date de naissance : .....

N° Tél. : ..... E-mail : .....

Lien de parenté avec l'adhérent:

Lui-même ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

### CONSULTATIONS: Actes de Praticiens et Auxiliaires Médicaux

DATE	NATURE DE L ACTE (1)	MONTANT DES HONORAIRES	CACHET & SIGNATURE DU PRATICIEN

(1) Mentionner les actes tel que codifié par la Sécurité Social: C1, C2, V, PC, K, etc.....

### ORDONNANCE PHARMACIE

DATE	PRESCRIPTION	MONTANT	CACHET & SIGNATURE

Joindre l'ordonnance visée par le praticien et le pharmacien

### RADIOGRAPHIES / ANALYSES / EXAMENS

DATE	NATURE DE L ACTE	COEFFICIENT CNAS (2)	MONTANT	CACHET & SIGNATURE

Joindre l'ordonnance et la facture du laboratoire, centre d'analyse ou imagerie

(2) Mentionner les coefficients CNAS. Ex: B 50, R 90

### MATERNITE

DATE	NATURE DE L ACTE	COEFFICIENT CNAS	MONTANT	CACHET & SIGNATURE
	Consultation pré et post-natale			
	Echographie de grossesse			
	Accouchement sans complications			
	Accouchement avec complications			
	Frais de séjour du bénéficiaire			
	Autre (à préciser)			

### HOSPITALISATION

DATE	NATURE DE L ACTE	COEFFICIENT CNAS	MONTANT	CACHET & SIGNATURE
	Actes médicaux			
	Actes chirurgicaux			
	Frais de transport liés à l'hospitalisation			
	Frais de séjour du bénéficiaire			
	Autre (à préciser)			

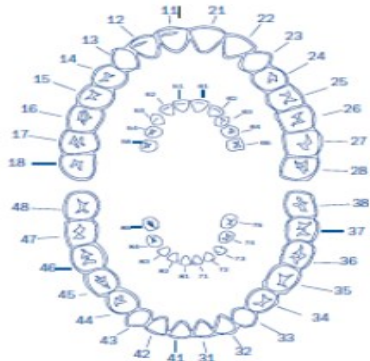
OPTIQUE

DATE	PRESCRIPTION	QUANTITE	MONTANT	CACHET & SIGNATURE
	Montures			
	Verres			
	Lentilles de contact correctrices			

Joindre d’ordonnance et la facture de l’opticien

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODENTIE

DATE	NATURE DE L ACTE	COEFFICIENT CNAS	MONTANT	CACHET & SIGNATURE
	Consultation			
	Radio dentaire			
	Soins dentaires			
	Chirurgie dentaire			
	Prothèse dentaire			



NATURE DE LA PRESTATION	DOCUMENTS A FOURNIR
HONORAIRES MEDICAUX	- Bulletin de soin visé par le praticien
FRAIS PHARMACEUTIQUES	- Copie (recto verso) de l’ordonnance et de la feuille de maladie avec vignette (vignette rouge originale) - Facture du pharmacien (achat par carte CHIFFA)
OPTIQUE - Lunetterie/Lentilles de contact	- Copie de l’ordonnance et de la feuille de maladie - Facture détaillée - Fiche familiale (en cas ou le malade est le Conjoint ou l’Enfant)
DENTAIRE	- Bulletin de soin visé par le praticien - Coefficient de l’acte pratiqué
ORTHODONTIE /PROTHESE DENTAIRE	- Facture détaillé (nature de la prothèse : céramique, ....) - Fiche familiale (en cas ou le malade est le Conjoint ou l’Enfant) - Condition : Prise en charge de la sécurité sociale
HOSPITALISATION	- Prescription médicale - Facture détaillée (frais accessoires, frais de séjour, .....) - Compte rendu opératoire ou à défaut certificat de séjour
MATERNITE - Consultations pré et post-natales - Echographie de grossesse	- Bulletin de soin visé par le praticien - Coefficient de l’acte pratiqué
ACCOUCHEMENT AVEC/SANS COMPLICATION	- Facture détaillée (frais accessoires, frais de séjour,....) - Certificat de séjour
ACTES EXPLORATOIRES - Radiologie (R) - Analyses médicales (B)	- Nature de la prescription - Compte rendu du praticien
PROTHESE AUDITIVE ET ORTHOPEDIQUE	- Prescription médicale - Facture de la prothèse
CURE THERMALE	- Prescription médicale - Notification de la sécurité sociale - Facture détaillée - Condition : Prise en charge de la sécurité sociale
TRANSPORT DU MALADE - En Algérie	- Facture du transport - Certificat médicale attestant la nécessité d’un transport médicale
TRANSPORT DU MALADE - A l’étranger	- Prise en charge par la sécurité sociale - Billet de transport - Photocopie du passeport avec date du départ et du retour - Certificat de séjour à l’établissement hospitalier

Date et signature de l’adhérent