

COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES

FORMULAIRE DE SOINS MEDICAUX

NOM DU FONCTIONNAIRE : STRUCTURE :
 FONCTION : TELEPHONE :
 NOM DU MALADE : AGE
 LIEN : CONJOINT - ENFANT - ASCENDANT COMPTE CCP / BANQUE N° :

NATURE DE L'ACTE MEDICAL

*Veuillez cocher l'acte pratiqué

Consultation Analyse médicale/ Biopsie Radio / Echographie Scanner / IRM
 Kinésithérapie Orthophonie Soins dentaire appareillage dentaire lunetterie
 Intervention chirurgicale Autre à préciser : _____

Date	Nature de l'acte	Montant de l'acte médical	Visa du médecin

ANNEXE : DETAIL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Acte médical	Pièces à joindre
Consultation médicale	Bulletin d'honoraire O.S Feuille de soins (imprimé CNAS)
Analyses médicales Biopsie	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Copie des résultats d'analyses
Radiologie Echographie Scanner IRM	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Compte rendu médicale (copie)
Soins dentaire Appareillage dentaire Prothèses	Bulletin d'honoraire O.S Feuille de soins (imprimé CNAS) Pour les prothèses + visa CNAS sur l'imprimé CNAS).
Lunetterie	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Facture opticien
Orthophonie Kinésithérapie	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale
Acte de spécialiste	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Compte rendu de l'acte pratiqué.
Achat de matériel médical	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Facture
Intervention chirurgicale	Bulletin d'honoraire O.S Prescription médicale Compte rendu opératoire Facture

NB

- Joindre copie de chèque.
- Dossier enfant joindre fiche familiale
- Dossier enfant des femmes salariées, joindre fiche familiale + copie non affiliation CNAS et CASNOS du conjoint ou attestation de non bénéficiaire des œuvres sociales.
- Dossier conjoint joindre fiche familiale + copie non affiliation CNAS –CASNOS