

## COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES

# FORMULAIRE DES SOINS MEDICAUX

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

### NATURE DE L'ACTE MEDICAL

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
	(1)		
	(2)		
	(3)		

Montant en Lettres (1): .....

Montant en Lettres (2): .....

Montant en Lettres (3): .....

## **ANNEXE: DETAIL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

<b>Acte médical</b>	<b>Pièces à joindre</b>
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 Scanne 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)
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 + fiche de paie ou attestation de non bénéficiaire des œuvres sociales du conjoint.
- Dossier conjoint joindre fiche familiale + fiche de paie.