6. La lunetterie

◯ Verres standards ◯ Verres progressifs ◯ Verres de contact ◯ Monture

Autres (préciser): .....

*Joindre la prescription justifiant les soins dispensés, la référence des verres est obligatoire

Date	Référence des verres	Honoraires	Cachet et signature
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊			

7. Les hospitalisations

*à remplir par le médecin traitant

Actes et conditions des soins dispensés (Cocher les mentions utiles)

*Joindre le compte rendu opératoire, le certificat de séjour et la facture détaillée de la clinique

◯ Programmé ◯ Urgence ◯ Accident de travail

◯ Médecine ◯ Chirurgie ◯ Maternité ◯ Autres (à préciser) .....

Identification de la clinique	Identification du médecin traitant
Nom:	Nom et prénoms: .....
Adresse:	Spécialité: .....
Tél./Fax:	
Email:	
Date d'entrée : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	
Date de sortie : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	**(Cachet et signature)**

Honoraires

Acte	Séjour	Autres	Total

CAARAMA Assurance
54, Avenue des trois frères Bouadou - Bir Mourad Raïs - Alger
Tél.: +213 (0) 23 56 91 08/09/10
Site web: www.caarama.dz

caarama
ASSURANCE DE PERSONNES

BULLETIN DE SOINS

* Document à compléter et à joindre au dossier de remboursement

IMPORTANT: Pour obtenir le règlement des prestations, le présent document doit être dûment rempli et renseigné.
Pour les prestations soumises à règlement en dehors de la procédure contractuelle de remboursement avant CNAS, l'assuré doit fournir les feuilles de décomptes de la sécurité sociale relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement des indemnités journalières.

Contractante

Raison sociale: .....

Adresse : .....

Police n° : ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊

Assuré (e) et personne recevant les soins

❖ Assuré (e):

Nom et prénoms: .....

Adresse : .....

Numéro de sécurité sociale (SS) : ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊

❖ Personne recevant les soins:

Nom et prénoms : .....

Date de naissance : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ Maladie chronique ◯ Oui ◯ Non

Lien avec l'assuré (e) : ◯ Conjoint ◯ Enfant ◯ Ascendant ◯ Autre : .....

1. Les consultations

◯ Médecin spécialiste ◯ Médecin généraliste ◯ Sage femme

* à remplir par le praticien

Date	Nature de l'acte	Honoraires	Cachet et signature
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊			
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊			

2. Les médicaments

*Cocher les mentions utiles, à remplir par le pharmacien, joindre la facture

◯ Vignettes rouges ◯ Vignettes blanches

Date	Montant de la facture	Cachet et signature

Coller ici les vignettes rouges ou blanches

3. Les explorations

◯ Radiographie ◯ Imagerie ◯ Analyses médicales ◯ Actes de spécialistes

Autres (préciser): .....

* à remplir par l'examinateur. Le bulletin doit être accompagné d'une copie des résultats de l'exploration (compte rendu)

Date	Cotation CNAS	Nature de l'acte	Honoraires	Cachet et signature

4. Les soins paramédicaux

◯ Soins infirmiers ◯ Kinésithérapie ◯ Orthophoniste

Autres (préciser): .....

*Joindre la prescription justifiant les soins dispensés

Date	Cotation CNAS	Nature de l'acte	Honoraires	Cachet et signature

5. Les soins dentaires

◯ CD: Consultation dentaire ◯ OB: Obturation matière plastique ou métallique ◯ Chirurgie

◯ EX: Extraction dentaire ◯ TR: Traitement radiculaire ◯ Prothèse ◯ Orthodontie

◯ Parodontologie

Autres ou assimilation (préciser): .....

Prothèse (préciser la nature): .....

Orthodontie (préciser date de début): .....

*Joindre la prescription justifiant les soins dispensés

Date	Cotation CNAS	Nature de l'acte	Honoraires	Cachet et signature
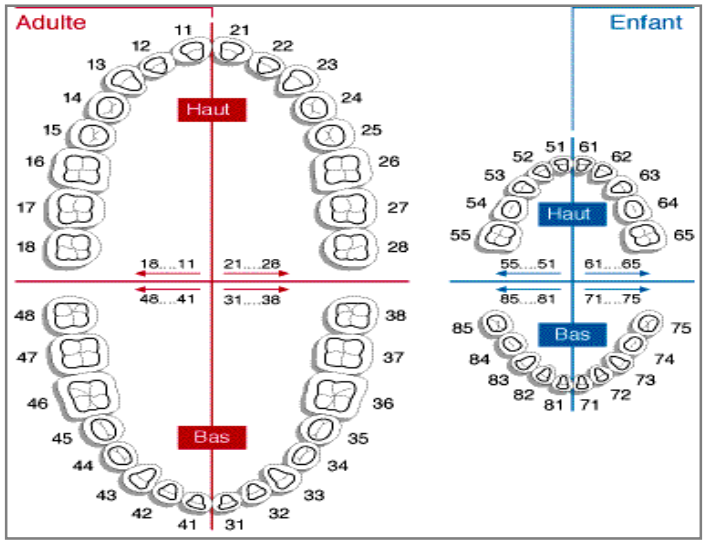
*Schéma dentaire (Indiquer par une flèche la ou les dents ayant subit un traitement)