

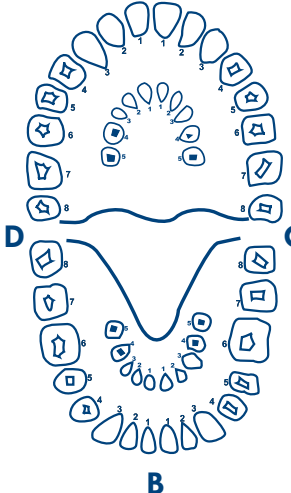
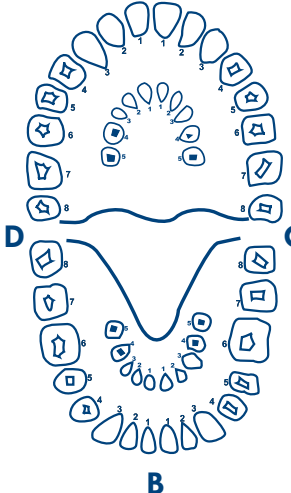
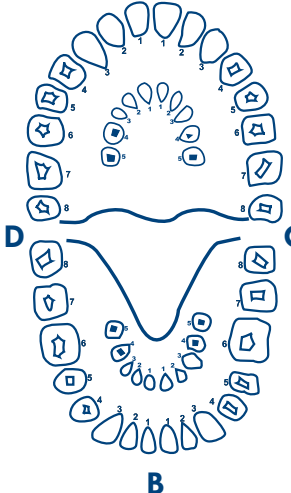
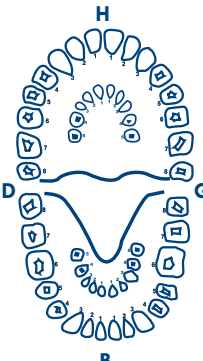


ADRESSE :

FOR/09/020

N. B. : A remplir soigneusement par le collaborateur, car une feuille anonyme non signée ne peut donner lieu au remboursement.

RELEVÉ D'HONORAIRES - SOINS DENTAIRES

Le praticien est invité à indiquer la dent traitée, désigner l'intervention pratiquée en se servant des indices et coefficients de la nomenclature générale des actes professionnels et des abréviations ci-après : Ex. Extraction dentaire Ex. S Extraction supplémentaire Ex. I Extraction incluse T.G. Traitement des gencives Ob. Obturation matière plastique ou métal T.R. Traitement de la pulpe ou des canaux R. Radiographie dentaire H.S. Traitement hémorragie secondaire A.B. Incision d'un abcès	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%; text-align: center;">SCHEMA</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">INTERVENTIONS (1)</th> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <th style="width: 10%;">DATE</th> <th style="width: 10%;">DENT</th> <th style="width: 10%;">COEFFICIENT</th> <th style="width: 70%;">Désignation de l'acte</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	SCHEMA	INTERVENTIONS (1)					DATE	DENT	COEFFICIENT	Désignation de l'acte																																				
SCHEMA	INTERVENTIONS (1)																																														
	DATE	DENT	COEFFICIENT	Désignation de l'acte																																											
(1) Le praticien couvre de hachures les dents à remplacer et les dents absentes du maxillaire antagoniste et surcharge par écrit le contour des dents ayant à supporter des crochets et désigne la nature de l'acte pratiqué.	Case réservée au médecin contrôleur de la COMAR: 																																														
Nom et prénom du malade : Nom et adresse du praticien traitant :																																															
Montant des honoraires perçus par le praticien	Mat. fiscal	SOINS	PROTHESE																																												

POUR ETRE PAYE : Joindre à la feuille de maladie signée par le médecin :

- 1- Les ordonnances médicales tarifées par le pharmacien et les vignettes que vous trouvez dans l'emballage des médicaments. Au cas où l'emballage ne porte pas de vignette, joignez à vos ordonnances les étiquettes portant le nom du médicament ou, à défaut, le prospectus inclus dans le conditionnement.
- 2- Toute consultation sans ordonnance ne donne pas droit au remboursement.
- 3- Toutes notes de frais d'honoraires.
- 4- En cas d'arrêt de travail prescrit médicalement : l'attestation de l'employeur indiquant la date d'arrêt et de reprise du travail.

DECLARATION : L'assuré doit transmettre à l'assureur et au plus tard dans les **30 jours qui suivent la première consultation médicale**, toutes les pièces justificatives de frais engagés. Au delà de cette date, le dossier sera rejeté.

Date

Visa de l'employeur

Visa de l'adhérent