|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مكونات الملف | | | الخدمات | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة ، مع توقيعها والخَتْم عليها من طرف الطبيب. * وصفة طبية موقَّعة ومختومة من طرف الطبيب المعالِـج ، تتضمن اسم المستفيد والتاريخ. * سبب الفحص في حال عدم وجود وصفة طبية. * فاتورة أو وصل الأداء، إذا تمّتْ عملية الفحص بمؤسسة للعلاج.   . | | | الفحص | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة، مع توقيعها والخَتْم عليها من طرف الطبيب. * نسخة واضحة للتصوير الشعاعي الرقمي   التصوير بالأشعة   * تقرير التصوير الشعاعي الشامل الرؤية ( (panoramiqueو التصوير الشعاعي للمفاصل الفكية المؤقتة (radio des articulations temporo-maxillaires) * نسخة من حصيلة الفحص الكامل للتصوير الشعاعي داخل الفم   ( bilan complet en téléradiographie intra-buccale)   * النسخة الأصلية أو نسخة رقمية واضحة للتصوير بالأشعة السنخية الرجعية | | |  | |
| 1. الصور بالأشعة أو نُسَخُها الرقمية يجب أن تتضمن التاريخ، واسم المريض، والأسنان المعنية بالعلاج، مع خاتَم (Cachet) الطبيب الـمُمارِس. 2. التصوير الشعاعي-السنخي الرجعي يجب أن يكون مرفقا بوصفة طبية مؤرَّخة، تتضمّن اسم المستفيد، مع الإشارة للأسنان المعنية وختْم الطبيب المعالِج. 3. تاريخ الصورة الإشعاعية قبل العلاج (radio nécessaire, justifiant un acte) لا يجب أن يتجاوز ستة أشهر و دلك ابتداء من تاريخ الصورة الإشعاعية إلى تاريخ تنفيذ العلاج. و إلا لن يتم تعويض هدا العلاج. | | | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. | الحشو النهائي للأسنان | | | العلاجات المحافظة |
| * ورقة العلاج معبأة، مع توقيع وختم الطبيب. * نسخة من التصوير بالأشعة قبل وبعد العلاج(rétro-alvéolaire). | علاج لب الأسنان و القنوات | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. * نسخة من التصوير الإشعاعي بعد العلاج. | **Restauration avec ancrage radiculaire** | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. | نظافة الأسنان وعلاج اللثة | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. | الأسنان اقتلاع | | | **ا**لعلاجات الجراحية  **1/2**  **ا**لعلاجات الجراحية  **2/2** |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. * نسخة للصورة بالأشعة قبل عملية الجراحة. | اقتلاع الأسنان  incluses, enclavées ou à l'état de germe | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. * الصورة الإشعاعية قبل العملية الجراحية بالنسبة للعلاجات التالية:   .  Trépanation du sinus maxillaire, par voie vestibulaire, pour recherche d'une racine  .  Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse  Curetage périapical avec ou sans résection apicale  Exérèse chirurgicale d'un kyst | جراحة اللثة و الأغشية المخاطية | | |
| جراحة ما قبل تعويض الأسنان   * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. |  | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وختم الطبيب. * نسخة من التصوير بالأشعة قبل العلاجات التالية  :   - Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées ;  - Traitement orthopédique d'une fracture complète sans déplacement ;  - Traitement orthopédique d'une fracture complète avec déplacement ;  - Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire ;  - Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire. | جراحات أخرى | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * نسخة للصورة الإشعاعية قبل تعويض الأسنان . * نسخة للصورة الإشعاعية بعد تعويض الأسنان (حسب تقدير الطبيب المراقب ). | تعويض الأسنان المشترك : التعويض الثابت | | | تعويض الأسنان |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. | تعويض الأسنان المساعد: التعويض المتحرك | | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. | | | | **تعويض و ترميم الوجه و الفكين**  **Prothèse restauratrice maxillo-faciale** |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * تحديد الفحوصات المنفذة : تفاصيل حصيلة العلاج   تعليل الفحص الشامل لتقويم الأسنان ادا تجاوز سن المستفيد 16 سنة | | الفحص والتشخيص | | تقويم الأسنان  **1/2** |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ضرورية قبل إجراء كل عمليات جراحة عظام الوجه les actes d’Orthopédie Dento-Faciale ؛ ( تجدون الوثائق المطلوبة في حالة طلبات الموافقة المسبقة في الفقرة المخصصة للموافقة المسبقة ). * بيان الأتعاب والمصاريف * في حالة علاجات تشوُّه الوجه و الأسنان   جراحة عظام الوجه  **Traitement ODF**  **2/1**  **2**  (Traitement des dysmorphoses)   * الموافقة المسبَقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ضرورية فيما يخص الأسدس الأول فقط ( 1er semestre demandé) **"**ورقة العلاج، devis و نتائج الفحص الشامل لتقويم الأسنان**"** * طلب الموافقة المسبَقة يجب أن يتم قبل سن 16 سنة. * التعويض عن مصاريف العلاج يتم كل أسدس remboursement) (semestriel * لا يتم بدء أسدس من العلاج إلا بعد انتهاء الأسدس السابق. * في حالة   La mise en place sur l'arcade, d'une ou deux canines incluses :   * يجب بدا العلاج قبل سن 18 سنة * الفحص الشامل لتقويم الأسنان   جراحة عظام الوجه  **Traitement ODF**  **2/2**  تقويم الأسنان  **2/2**   * في حالة Contention بعد علاجات تشوُّه الوجه و الأسنان   ) Contention après ODF(  •Devis annuel nécessaire | |  | |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * وصفة طبية مؤرَّخة، مع توقيع وختْم الطبيب المعالِج، تتضمّن اسم المستفيد وطابع الصيدلية. * الرقم التسلسُلي للدواء (Code à barre des médicaments) ، أوثمن البيع للعموم مع ورقة التعليمات الخاصة بالدواء في حالة عدم وجود رقم تسلسلي. | | | | **الصيدلية** |
| * إذا كان الطبيب الذي قام بالتصوير الإشعاعي طبيباً للأسنان médecin dentiste: * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * إذا كان طبيباً مختصّاً في الفحص بالأشعة radiologue: * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * وصفة طبية مؤرَّخة، مع توقيع وختْم الطبيب المعالِج، تتضمّن اسم المستفيد. * فاتورة مُرَقَّـمة تحمل اسم المستفيد ، مع تاريخ وختْم الطبيب المعالِـج.   هدا اظافة للوثائق المطلوبة في الفقرة المخصصة للتصوير بالأشعة أعلاه.🗸 | | | | **Radiologie, Imagerie et Exploration** |
| * ورقة العلاج مُعبَّـأة مع توقيع وخَتْم الطبيب. * وصفة طبية مؤرَّخة، مع توقيع وختْم الطبيب المعالِج، تتضمّن اسم المستفيد.      * فاتورة مُرَقَّـمة تحمل اسم المستفيد ، مع تاريخ وختْم الطبيب المعالِـج. | | | | التحاليل البيولوجية |

**معلومات هامة:**

1. يجب تقديم ورقة العلاج و الوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ إجراء أول عمل طبي.
2. ورقة العلاج، المتعلقة بعلاجات الأسنان والفم، التي تحمِلُ الرقم المرجعي يجب أن تكون موقّعة، ومَخْتومة ومعبّـأة بدقّة (بما في ذلك خُطاطة الأسنان schéma dentaire -) من طرف مُقدِّمي العلاجات.
3. تاريخ الوصفة الطبية يجب آن يوافقه على ورقة العلاج تاريخ فحص أو عمل طبي.
4. يجب على الطبيب تدوين الرقم الوطني الاستدلالي للطبيب في جميع أوراق العلاجات الخاصة بالتغطية الصحية الإجبارية.