

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE CHIRURGIEN DENTISTE

IMPORTANT : Indiquer la dent traitée, l'intervention pratiquée et la notation des actes suivant la nomenclature

Soins	Prothèse	Date	Dents-Intervention	Notation	Montant

MONTANT DES HONORAIRES PERCUS :

1) Soins dentaires : _____

2) Prothèses : _____

Date : _____

Cachet du Cabinet ou de l'Etablissement des soins

Signature du praticien

ASSURANCE SANTÉ



25, Bd de la République, Dakar Sénégal - Tél : (+221) 33 889 40 41 - Fax : (+221) 33 821 30 60
B.P. : 14 831 Dkr, Peyeavin - Email : contact@askiaassurances.com / Site : www.askiaassurances.com

Référence police : _____
N° du Dossier : _____

DECLARATION DE MALADIE OU D'ACCIDENT

à adresser à la société ou à l'agent par l'intermédiaire
duquel le contrat a été souscrit

Nom du Souscripteur : _____

Adresse : _____

Le souscripteur ou l'assuré est-il assujéti aux assurances sociales ? _____

Bénéficiaire-t-il d'un régime de Prévoyance ? _____

MALADE : nom _____ date de naissance _____

Date de début de la maladie : _____

Date de l'accident : _____

Médecin traitant : _____

Nature de la maladie ou de l'accident : _____

EN CAS D'ACCIDENT :

Causes et circonstances : _____

Nom et adresse du tiers responsable : _____

Son assureur : _____

PV ou Constat établi par : _____

Durée probable de la maladie ou de l'incapacité en cas d'accident : _____

* Si le malade le désire, le médecin traitant peut en faire la déclaration sous pli cacheté adressé au médecin-conseil de la société.

A _____ le _____
Signature du Souscripteur ou de l'Assuré

PRESCRIPTION A OBSERVER PAR L'ASSURE

1°) Adresser à la société le présent imprimé dans les 10 jours à dater de la survenance :

- de l'accident
- de l'intervention chirurgicale
- de la première constatation médicale

Sans omettre de préciser :

- les références de police
- le nom de la personne malade ou accidentée,
- la nature de l'affection ou de l'accident
- la date de la première constatation médicale,
- le nom du médecin traitant.

2°) Les honoraires ou notes réglés devront être mentionnés sur le feuillet ci-contre exclusivement réservé à cet effet :

- dans les 30 jours qui suivent la guérison et au plus tard à la fin du 3^{ème} mois,
- pour les traitements de longue durée, adresser à la Société toutes les pièces justificatives des frais détaillés exposés, en utilisant autant d'imprimés qu'il sera nécessaire.

ATTENTION :

Il appartient à l'assuré de veiller à ce que les médecins, chirurgiens, pharmaciens, établissements hospitaliers précisent, dans les cadres qui leur sont destinés sur ces imprimés, les indications indispensables pour l'application par la Société des dispositions du contrat.

NATURE DE LA MALADIE - SECRET PROFESSIONNEL

Ce renseignement est obligatoire afin de permettre à l'assureur d'appliquer les dispositions du contrat, notamment celles relatives à l'application des périodes d'attente. Ces conditions ont été acceptées par vous en signant le contrat, vous êtes tenu de vous y conformer.

Le règlement ne peut être effectué si la nature de la maladie n'est pas indiquée. C'est à l'assuré lui-même d'indiquer la nature de la maladie et non au médecin, celui-ci étant lié par le secret professionnel (ce secret fait également parti des obligations de l'assureur).

Toutefois, si l'intéressé estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentielle, il peut adresser la présente déclaration sous pli cacheté au Médecin conseil de la Compagnie qui seul en prendra connaissance. Il est alors indispensable de mentionner sur l'enveloppe le nom de l'assuré, le numéro de la police et le nom de l'agence où la police a été souscrite.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Constituer un dossier par maladie et par personne assurée

Relève d'honoraires : le relevé d'honoraires doit être accompagné de toutes les pièces médicales (ordonnances, notes de laboratoires d'analyses, etc...) et en cas d'hospitalisation, d'une facture détaillée de l'Etablissement médical.

Ordonnance : Coller sur les ordonnances les vignettes se trouvant sur l'emballage des médicaments.

Assurés sociaux : Joindre au dossier le décompte de l'Institution de Prévoyance maladie ainsi qu'un état des débours réels.

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LES PRACTICIENS OU L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Cachet du Médecin

Cachet du Spécialiste

Cachet de l'Etablissement

En cas d'HOSPITALISATION

Entrée :

Sortie :

Date des actes médicaux	Désignation des actes médicaux	Montant des honoraires	Signature du Praticien attestant le paiement des actes médicaux	Délivrance d'une ordonnance	EXECUTION DES ORDONNANCES	
					Cachet du pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture

Date de la première manifestation de la maladie _____

Date de la première consultation médicale _____

Diagnostic et Observations succinctes _____