

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES
PARTIE A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE CHIRURGIEN DENTISTE OU LE
CENTRE HOSPITALIER

NOM ET PRENOM DU MALADE : _____

PRECISER LE TYPE DU TRAITEMENT PRODIGUE (cocher la case correspondante)

SOINS	
Consultation	<input type="checkbox"/>
Traitement Conservation et Obturation	<input type="checkbox"/>
Radiographie	<input type="checkbox"/>
Extraction	<input type="checkbox"/>
Parodontie *	<input type="checkbox"/>
Orthodontie *	<input type="checkbox"/>

(*) Avant traitement, envoyer une demande d'entente préalable - joindre les radios et les devis

DATE	DENT SOIGNEES <small>(selon dentaria 0-dessous)</small>	Coef.	MONTANT DES FRAIS	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN

(*) Veuillez utiliser les indices et coefficients de la nomenclature.

SCHEMA DENTAIRE		OBSERVATION DU PRATICIEN	
		SIGNATURE CACHET	
OBSERVATION DU PRATICIEN			



SENEGAL

ASSURANCE PREVOYANCE SOCIALE

*Cet imprimé n'est qu'une déclaration
non valable comme lettre de garantie*

Référence Police _____
 N° du Sinistre _____

DECLARATION DE MALADIE OU D'ACCIDENT
 à adresser à AXA Sénégal
 (à l'adresse ci-dessous)

Société souscriptrice	_____
Adresse	_____
Collaborateur salarié	_____
Bénéficiaire-t-il d'un Régime d'affiliation à une Institution de Prévoyance Maladie (IPM) ou autre organisme de prise en charge. Si oui, lequel ?	_____
Nom de la personne malade	_____
Date du début de la maladie	_____
Date de l'accident	_____
Médecin traitant	_____
Nature de la maladie ou de l'accident	_____
EN CAS D'ACCIDENT - Indiquer les causes et les circonstances : - Sagit-il d'un accident du travail ? oui non	_____
Nom et adresse du tiers responsable et des témoins éventuels	_____
Durée probable des soins consécutifs à la maladie ou l'accident	_____

Partez sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
 En cas de déclarations inexactes, je sais que je m'expose aux sanctions prévues par les articles 18 et 19 du livre 1 du code CI/MA.

A _____ le _____
 Signature du souscripteur ou de l'assuré

PRESCRIPTIONS A OBSERVER PAR L'ASSURE

Adresser à AXA, le présent imprimé et ce dans les trois (3) mois à dater de la survenance et au plus tard un (1) mois après la consolidation

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

Après mention 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
- le n° de la carte de santé

En un mot, répondre à toutes les questions posées.

Les honoraires ou notes, reçus, devront être mentionnés sur le feuillet ci-contre exclusivement réservé à cet effet

Pour les traitements de longue durée dépassant six (6) mois, adresser à AXA toutes les pièces justificatives des frais détaillés exposés, en utilisant autant d'imprimés qu'il sera nécessaire

Attention - le praticien donne toutes précisions sur l'origine et la nature des soins prescrits ou prodigués

Nature de la maladie - Secret Professionnel

Ce renseignement est obligatoire afin de permettre à l'assureur d'appliquer les dispositions du contrat. 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 partie 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 AXA qui seul en prendra connaissance. Il est alors indispensable de mentionner sur l'enveloppe le nom de l'adhérent, le nom de la personne malade, le numéro de la carte de santé, 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 du centre hospitalier accompagnée de la prescription d'hospitalisation délivrée par le médecin traitant.

Ordonnance - Coller sur les ordonnances, les vignettes se trouvant dans l'emballage des médicaments et joindre les tickets de caisse.

En cas de couverture complémentaire, joindre le décompte de l'organisme de prise en charge ainsi que l'état des débours réels.

N'oubliez aucune pièce justificative (les originales) et vérifiez que tous les frais engagés ont été reportés, et contre-signés par ceux qui en ont perçu le montant.

En cas d'hospitalisation, faites vous délivrer par votre médecin traitant un certificat précisant la nécessité de cette hospitalisation pour le traitement de la maladie ou de l'accident survenu.

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LES PRATICIENS OU LE CENTRE HOSPITALIER

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

CACHET DU MEDICIN

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

CACHET DE L'ASSUREUR

Entre le _____

EN CAS D'HOSPITALISATION

le _____

Date des actes médicaux	DESIGNATION C Consultation V Visite PC ou K suivant nomenclature	Montant des honoraires payés au médecin par l'assuré	Signature du médecin	Délivrance d'une ordonnance	EXECUTION DES ORDONNANCES	
					Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Montant de la facture

Date des premières manifestations de la maladie _____

Date de la première constatation médicale _____

Diagnostic et observations succinctes _____
