

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

CONSTITUEZ UN DOSSIER PAR MALADIE ET/OU ACCIDENT ET PAR PERSONNE ASSUREE

FEUILLE DE SOINS

La première page de cette feuille de soins doit être remplie par vous-même. Sa partie centrale doit être impérativement remplie par le praticien et/ou l'établissement médical, certifiée par leur cachet et signature attestant du paiement des honoraires et des frais.

RELEVÉ 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'établissement médical.

ORDONNANCES

Vous devez nous adresser les ORIGINAUX des ordonnances.
Collez sur vos ordonnances les vignettes que vous trouverez sur l'emballage des médicaments, ou à défaut les factures de vos médicaments.

ASSURES BENEFICIAIRE D'UN REGIME D'ASSURANCE SOCIALE

N'omettez pas de préciser en page 1 le nom de l'organisme dont il s'agit et votre numéro d'affiliation.
Transmettez avec votre dossier le décompte des remboursements obtenus ainsi qu'un état des frais réels engagés.

NATURE DE LA MALADIE

Ce renseignement est OBLIGATOIRE afin de permettre à l'assureur d'appliquer les dispositions du contrat, notamment celles relatives aux délais d'attente. Ces conditions ont été acceptées par le Souscripteur du contrat d'assurance lors de sa signature. Vous êtes tenu de vous y conformer. Le règlement des indemnités 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'Assuré estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentielle, il peut adresser la présente feuille de soins 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'Agent ou du Courrier par l'intermédiaire duquel le contrat a été souscrit.

**RASSEMBLER TOUTES LES PIÈCES DE VOTRE DOSSIER A L'INTERIEUR DE LA FEUILLE DE SOINS QUI FORMERA CHEMISE ET VÉRIFIER AVANT VOTRE ENVOI QUE RIEN N'A ÉTÉ OMIS.
TRANSMETTEZ NOUS VOS DOSSIERS DANS LES PLUS BREFS DELAIS.
VOUS ELIMINEREZ AINSI TOUTE CORRESPONDANCE INUTILE ET NOS RÈGLEMENTS SERONT PLUS RAPIDES.**

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER A :
"Amsa Assurances", 43, Av. Hassan II - BP 225 DAKAR - Tél. : 33 839 36 00 - 33 839 36 09 - Fax : 33 823 37 01
OU A VOTRE ASSUREUR CONSEIL



ASSURANCE SANTE FEUILLE DE SOINS

CE VOLET DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT REMPLI PAR L'ASSURÉ OU LE SOUSCRIPTEUR

AGENT / COURTIER :	POLICE N° :
SOUSCRIPTEUR DE LA POLICE : _____	
ASSURÉ PRINCIPALE : _____	
NOM ET PRÉNOMS DE L'ASSURÉ MALADE OU BLESSÉ : _____	
BENEFICIAIRE VOUS D'UN REMBOURSEMENT DE FRAIS PAR UN ORGANISME SOCIAL ? OUI NON	
SI OUI, LEQUEL ? _____ N° D'IMMATRICULATION _____	
DATE DE NAISSANCE : _____ MÉDECIN TRAITANT : Dr _____	
S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE, PRÉCISER : _____	
LA DATE DU COMMENCEMENT DE LA MALADIE : _____	
LA NATURE DE LA MALADIE (ce renseignement est obligatoire, voir page 4) _____	

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, PRÉCISER : _____	
LA DATE ET L'HEURE DE L'ACCIDENT : _____	
LE LIEU DE L'ACCIDENT : _____	
LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT : _____	

LES NOMS, PRÉNOMS ET ADRESSE DU OU DES RESPONSABLES : _____	

SI UN RAPPORT DE POLICE A ÉTÉ ÉTABLI : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COMMISSARIAT OU GENDARMERIE DE : _____ MENTION : _____	
CONSTAT DE MAÎTRE : _____ HUISSIER A : _____	
LES NOMS ET ADRESSES DES TÉMOINS : _____	

LA NATURE ET LE SIÈGE DES BLESSURES : _____	

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
A-T-IL ÉTÉ DÉCLARÉ À LA CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
DURÉE APPROXIMATIVE DE L'INCAPACITÉ : _____	

A _____ LE _____ 20.....

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR ET/OU DE L'ASSURÉ

