

**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	



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	N° carte santé .....
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, réglés 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_