

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

PARTIE A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE MEDECIN OU L'ETABLISSEMENT MEDICAL

NOM ET PRENOM DU MALADE :

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

SOINS	PROTHESES DENTAIRES *
Consultation	Couronne *
Traitement Conservateur et Obturation	Dent à tenon ou pivot *
Radiographie	Prothèse fixe (bridge) *
Extraction	Prothèse Mobile *
Parodontie *	
Orthodontie *	

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

DATE	DENTS SOIGNEES (Selon schéma ci-dessous)	Coef a.	MONTANT DES FRAIS	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN

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

SCHEMA DENTAIRE	OBSERVATIONS DU PRATICIEN
	<p style="text-align: center;">SIGNATURE</p> <p style="text-align: center;">CACHET</p>



**SAHAM**  
Assurance

# ASSURANCE MALADIE

Cet imprimé nest qu'une déclaration non valable comme lettre de garantie

Référence Police \_\_\_\_\_

N° du Sinistre \_\_\_\_\_

## 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	_____
Bénéficie-t'il d'un Régime de Prévoyance ?	_____
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 :	_____
_____	_____
_____	_____
Nom et Adresse du tiers responsable et des témoins	_____
_____	_____
_____	_____
Durée probable de la maladie ou de l'incapacité en cas d'accident	_____

A ..... le .....  
Signature du Souscripteur ou de l'assuré

**1°) Adresser à la société, le présent imprimé et ce 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.

**En un mot de répondre à toutes les questions posées.**

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

**2°) Dans les trente jours** qui suivent la guérison et au plus tard à la fin du 3ème 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 partie des obligations de l'assureur). Toutefois, si l'intéressé estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentiel, 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 malade 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'établissement médical.

**Ordonnance** - Coller sur les ordonnances les vignettes se trouvant dans 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 PRATICIENS OU L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

EN CAS D'HOSPITALISATION

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

CACHET DU MEDECIN } \_\_\_\_\_  
 CACHET DU SPECIALISTE } \_\_\_\_\_  
 CACHET DE L'ETABLISSEMENT } \_\_\_\_\_

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 attestant le paiement des actes médicaux	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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_