

Chanas Assurances S.A.

N° DOSSIER

N° CONTRAT

N° FAMILLE

TELEPHONE

D'ACCIDENT

DECLARATION

DE MALADIE

AGENCE

SOUSCRIPTEUR : _____ Adresse : _____

Assuré - Nom : _____ Prénoms : _____

Malade - Nom : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Date de début de la maladie : _____ Nature de l'affection : _____

En cas d'accident. Circonstances : _____

Noms, Adresse du tiers responsable : _____

Son Assureur : _____ P.V. de constat établi par : _____

Déclaré le : _____

Signature de l'assuré : _____

SOINS DENTAIRES

DATE DES SOINS	DENTS	COEFFICIENT
TOTAL		



MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS	
En soins dentaires	
En prothèses Dentaires	
En Orthodontie	
Pour Détartrage	
Autres actes	
TOTAL	

VOIR AU VERSO LE FORMULAIRE A COMPLETER POUR LE REMBOURSEMENT

Important :

1. Employer un feuillet de déclaration par maladie ou accident
2. Faire remplir systématiquement et correctement par tout praticien tout acte pratiqué, avec la codification et le nombre d'actes exacts.
3. Les colonnes ACTES PRATIQUES ET FRAIS REELS doivent être remplies par les praticiens.
- 4. Tout dossier doit nous être adressé dans un délai d'UN MOIS après consultation.**
5. Joindre à cette déclaration les pièces justificatives originales.
6. Seuls les actes indiqués au verso seront pris en compte.



N° DOSSIER : _____ N° CONTRAT : _____ N° FAMILLE : _____

ACTES PRATIQUES	CODES DES ACTES	DATE DES ACTES	DELIVRANCE D'ORDONNANCE OU FACTURE	CACHET ET SIGNATURE	FRAIS REELS	REMBOURSES	OBSERVATIONS
C							
CS							
CNPSY.....							
C3							
V							
VS							
VN							
VD							
Autres (1).....							
Autres (1).....							
<u>PHARMACIE</u>							
<u>HOPITAL/CLINIQUE</u> J =							
<u>RADIO</u> ZPNEU							
ZSPEC.....							
Autres (1).....							
Autres (1).....							
<u>AUXILIAIRES MEDICAUX</u> AMt							
Autres (1).....							
Autres (1).....							
<u>ANALYSES</u> B							
Autres (1).....							
<u>CHIRURGIE</u> PC							
K							
K							
KSD							
Autres (1).....							
<u>SOINS DENTAIRES</u> D							
R							
SCP.....							
<u>LUNETTERIE</u> Verre							
Monture.....							
Etui							

(1) Donner le détail de l'intervention