

# Chanas Assurances S.A.

N° DOSSIER

N° CONTRAT

N° FAMILLE

TELEPHONE : (OM OU MOMO)

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 : \_\_\_\_\_

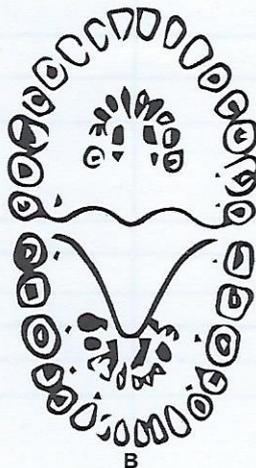
Son Assureur : \_\_\_\_\_ P.V. de constat établi par : \_\_\_\_\_

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) .....							
<b><u>PHARMACIE</u></b>							
<b><u>HOPITAL/CLINIQUE</u></b> J = .....							
<b><u>RADIO</u></b>							
ZPNEU .....							
ZSPEC .....							
Autres (1) .....							
Autres (1) .....							
<b><u>AUXILIAIRES MEDICAUX</u></b>							
AMt							
Autres (1) .....							
Autres (1) .....							
<b><u>ANALYSES</u></b>							
B .....							
Autres (1) .....							
<b><u>CHIRURGIE</u></b>							
PC .....							
K .....							
K .....							
KSD .....							
Autres (1) .....							
<b><u>SOINS DENTAIRES</u></b>							
D .....							
R .....							
SCP .....							
<b><u>LUNETTERIE</u></b>							
Verre .....							
Monture .....							
Etui .....							

(1) Donner le détail de l'intervention