

Recommandations Importantes

Etablir une feuille de soins par personne

- La feuille de soins dentaire doit comporter le cachet du chirurgien-dentiste traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du chirurgien dentiste traitant
- La feuille de soins dentaire doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- Toutes les pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être remises à la compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date de l'ordonnance médicale.
- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la compagnie dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie ou d'un soin sont conservés par la compagnie.
- Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthopédie dontofaciale(O.D.F) et les actes de parodontologie sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie.
- Les extractions multiples au dessus de huit dents sont soumises à l'accord préalable de la compagnie
- L'âge limite pour les traitements ODF est 18 ans avec un plafond de 6 semestres. Le bilan ODF est exigé lors du dépôt du devis du 1^{er} semestre. L'accord préalable de la compagnie est requis.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés ne sont pas acceptées .

Feuille de soins dentaire

Demandez un accusé de réception
au niveau du point de dépôt

Renseignements concernant l'assuré(e)

Matricule :

N° RCAR :

Centre de gestion :

Nom : Prénom(s) :

N° de C.I.N :

Adresse :

..... Ville :

Montant des frais engagés : DHS GSM :

Renseignements concernant le médecin

Médecin traitant :

N° INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à :, le

Signature de l'assuré(e)

À remplir par le Chirurgien Dentiste

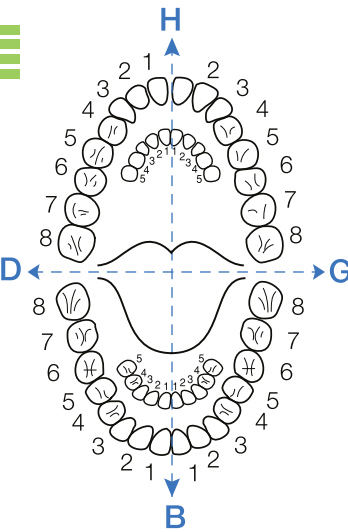
Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :
Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré :
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
Fait à , le

Soins Dentaires

Soins de parodontologie
Les extractions de plus de 8 dents nécessitent
l'accord préalable de la compagnie

Devis Établi le
Facture Établie le



Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

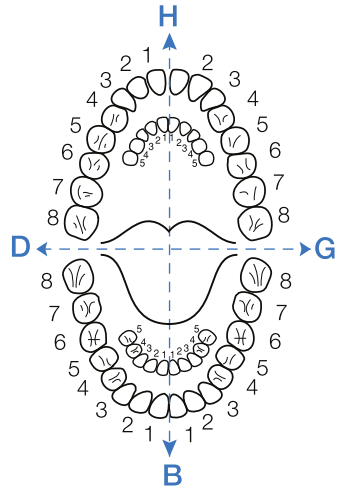
Total des honoraires DH

Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
--------------------------------------	--	--

Prothese dentaire et Orthodontie

Prothèse et ODF
sont soumises à un accord préalable
de la compagnie

Devis Établi le
Facture Établie le



Prothèse Dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
.....
.....
.....
.....

Total des honoraires DH

Traitement ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le
.....

Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
--------------------------------------	--	--

Pharmacie - Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
.....