

Recommandations Importantes

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférents qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En Cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis à la compagnie dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la compagnie.
- ALD-ALC : afin de pouvoir bénéficier des avantages correspondants à cette catégorie d'assurés en terme de remboursements, l'adhérent doit déclarer la maladie à l'assureur en remettant à l'un des agents gestionnaires les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC - 2-Pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3-les résultats des explorations
- 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 et prestations médicales

Demandez un accusé de réception au niveau du point de dépôt

☐ Maladie

☐ Maternité

☐ ALD – ALC

☐ Accident

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 Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel au médecin conseil de la compagnie.

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

.....

Fait à :, le



Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes



Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien et/ou l'Opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture



Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture



Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

☐ Devis Nombre de séances : Établi le :

☐ Facture Nombre de séances : Établie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien



Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------