

FEUILLE DE SOINS / PRATICIENS

(valant lettre de garantie)

Souscripteur : OENAC N° Contrat : 4390000001/2052
Assuré Principal : Ndine Hamadou Zanne N° Mle : _____ N° Adhèrent (carte) : _____
Patient : Ndine Hamad Naxin N° Adhèrent : 34139 Date de naissance : 17/10/11

Date de la maladie ou de l'accident : _____ Nature de l'affection (1) : _____

En cas d'accident, décrire les circonstances : _____

Indiquer les noms et adresse du tiers responsable,

son assureur : _____ Référence Constat : _____

(1) La nature de l'affection peut être indiquée sous pli cacheté adressé au Médecin de la compagnie

Relevé des Actes et Frais

(A remplir par les praticiens)

Date	Nature de l'acte (2)	Honoraires (en chiffres & lettres)	Nom, signature et cachet du prescripteur
17/06/17	consultation	16 000	CLINIQUE NEST BP: 12141 Dakar - Colobane Tél: 33 867 58 58 33 835 33 33 La Direction

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

PARTIE A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE MEDECIN, LE PHARMACIEN O L'ETABLISSEMENT MEDICAL

NOM ET PRENOM DU MALADE : _____

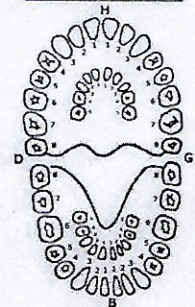
PRECISER LE TYPE DU TRAITEMENT PRODIGE (cocher la case correspondante)

SOINS	
Consultation	☐
Traitement Conservateur et obturation	☐
Radiographie	☐
Extraction	☐
Parodontie*	☐
Orthodontie*	☐

PROTHESES DENTAIRES*	
Couronne*	☐
Dent à tenon ou pivot*	☐
Prothèse fixe (bridge)*	☐
Prothèse mobile	☐

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

SCHEMA DENTAIRE



(2) Préciser le code ci-après et les renseignements suivants :

CODIFICATION :

C : consultation - V : visite à domicile - B : Analyses médicales - Z : Radiologie - AM : Auxiliaires médicaux
PH : pharmacie - HM : Hospitalisation médicale, HK : Hospitalisation chirurgicale

RENSEIGNEMENTS :

Spécialité du médecin traitant - Nature de l'intervention chirurgicale ou raison de l'hospitalisation médicale
Nature des examens de laboratoire ou des examens radiologiques.

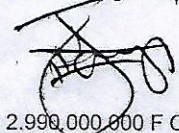
Envoyer votre facture à la compagnie accompagnée de 2 exemplaires de la présente feuille (un original et une copie)

Réservé à la Compagnie

Date Règlement : _____
Banque : _____

Visa Assuré Principal

(Date et Signature)



AMSA Assurance - Sénégal : Société Anonyme avec Conseil d'Administration au capital de 2.990.000.000 F CFA