SOciété Nationale d'Assurance et de Réassurance

DECLARATION DE SOINS DE SANTE

Assuré Principal

Nom et Prénom :……Employeur……..

N° Police :…….. N° Assuré :…… Téléphone :…….

Adresse :……

Malade

Nom et Prénom :……

Date de Naissance :……. Téléphone :……. …….

En cas d'accident

Date de l'accident :…… ….

Circonstances :…… …….

……...

……...

Existe-il un PV ?…… Etabli par :……. N° PV :……

Nom et Prénom du tiers responsable :……...

Téléphone :…… Adresse :……

RELEVE DES ACTES ET FRAIS

Date des actes	Désignation des actes	Montant

NB : Pièces à joindre. (en dessous de chaque rubrique se trouvent les pièces à joindre).Tout dossier non complet ne saurait être remboursé.

HOSPITALISATION
Compte Rendu d'Hospitalisation
Reçu détaillé de paiement

CONSULTATION
Reçu (s) de consultation

ACTES MEDICAUX
Reçu (s) détaillé (s) des différents actes

PHARMACIE
Ordonnance (s)
Reçu + Ticket (s) de caisse informatique

RADIO / IMAGERIE / LABO
Bulletin (s)
Reçu (s) de paiement

VERRES CORRECTEURS
Ordonnance
Reçu détaillé (verres et montures)

Fait à ……. Le …….. / …….. / ……..

Signature de l'assuré principal