

DNS IMPORTANTES A LIRE POUR
URSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tre dûment renseigné.

re renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie, limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ur toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi en série.

récisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

obligatoirement jointes aux ordonnances.

ture de la pharmacie doit être jointe.

alyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes au dossier de remboursement.

es ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

sont à joindre à la feuille de soins.

est exigée avant le début des séances de

re à la feuille de soins.

feuille de soins est

les 6 derniers mois.



Déclaration de Maladie
M22- 0020592

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1962

Société :

153072

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ahmed Derrida

Date de naissance : 31/01/1993

Adresse : SS. Hany Schlim Bazzoukha

Tél. : 06 95 12 34 95

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Famille Dr. EDDAKHILI Hanane 1 ^{er} étage - Hay Oulmane - Bouznika Tél : 0537 74 55 51	28-02-03	81,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traite

صيدلية العائلة
Pharmacie de la famille
Dr. Hanane Eddakhch

EN°... 90.65...

P. Dolski M. Med.

Bouznika : le... 28... du... 23

Total général

Se la présente facture a la somme de

Signature et cachet

Pharmacie de la Famille
Dr. EDDAKHCHI Hamed
N°4, Hay Oulmane - Bourjika
Tel : 0537 74 55 51

N°4 Hay Othmane Bouznika-tél 0537.74.55.51
Patente N° 39809470 / RC N° 7680 / ICE : 001708011000025