

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

logie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

La facture préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

La facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Les accords préalables, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

Le remboursement.

Les accords préalables, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

Le remboursement.

La carte d'adhérent est valable et renouvelée tous les 6



Déclaration de Maladie

Nº P19- 065773

54688

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207 Société : BAM

Actif Pensionné(e) Autre : Betsaïd

Nom & Prénom : FATIHI Abdellah

Date de naissance :

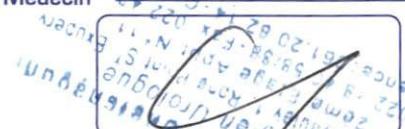
Adresse : HAY gouds Des EL FAJR Im B.N.Y CASA

Bernabni

Tél. : 06.74.06.6278 Total des frais engagés : 220000 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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *13/01/2013*

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) : *Signature over a stamp reading "SOCIETE Betsaïd"*

