MACIRVIE SPA - Siège Social : 43, Rue Amani Belkacem, Paradou,
Hydra, Alger, Algérie, 16035
Capital Social : 1 395 000 000 DA
Tél : 023 47 80 87 / 88
Fax : 023 47 80 90 / 92
E-mail : courrier@macirvie.com

BULLETIN DE SOINS

Souscripteur (Société)	Assuré(e) / Employé(e)		
Raison Sociale :	**Nom (Nom de jeune fille inclus)**		
	Prénom		
Adresse :	**Qui est le malade ? (Encerclez la bonne réponse)**		
	L'assuré(e)	**Le conjoint**	**L'enfant**
	Nom du Malade		
	Prénom du malade		

1. Les parties « Souscripteur » et « Assuré » ci-dessus doivent obligatoirement être renseignées sous peine de rejet de la demande.

2. Les Actes exploratoires doivent être justifiés comme suit :

a. Le présent bulletin de soins
b. La prescription médicale ou lettre d'orientation.
c. Un compte rendu ou cliché ou note de frais détaillée

3. Les coûts des consultations et des actes annexes doivent être portés séparément sur le bulletin de soins.

4. Ce formulaire est exclusivement réservé à un seul et unique patient ; tout formulaire qui englobera plus d'un malade sera systématiquement rejeté.

5. Veillez à ne pas surcharger le bulletin de soins.

6. Le bulletin de soins ne doit pas être retouché ni raturé.

CONSULTATIONS, ACTES DE SPECIALITÉ & IMAGERIE (Partie réservée au praticien)

Date de soins	Nature et codification de l'acte	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet et signature du praticien

PRODUITS PHARMACEUTIQUES (Partie réservée au pharmacien)

Date d'achat	Montant total des vignettes	Cachet et signature du pharmacien

ANALYSES MEDICALES (Partie réservée au laboratoire)

Date de Prélèvement	Codification Acte (B)	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet du Laboratoire

MACIRVIE SPA - Siège Social : 43, Rue Amani Belkacem, Paradou, Hydra, Alger, Algérie, 16035
Capital Social : 1 395 000 000 DA
Tél : 023 47 80 87 / 88
Fax : 023 47 80 90 / 92
E-mail : courrier@macirvie.com

BULLETIN DE SOINS

Souscripteur (Société)	Assuré (e) / Employé (e)		
Raison sociale :	**Nom (Nom de jeune fille inclus)**		
	Prénom		
Adresse :	**Qui est le malade ? (Encerclez la bonne réponse)**		
	L'assuré(e)	**Le conjoint**	**L'enfant**
	Nom du Malade		
	Prénom du malade		

SOINS DENTAIRES / PROTHESES DENTAIRES / ORTHODONTIE (Partie réservée au dentiste)

Date de Soins	N° de la dent soignée	Code et nature de l'acte (D)	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet et signature du dentiste

OPTIQUE (Partie réservée à l'opticien)

Monture

Date d'achat	Marque & modèle de la monture	Quantité	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet et signature de l'opticien

Verres / Lentilles

Date d'achat	N° du verre / lentille	Quantité	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet et signature de l'opticien

HOSPITALISATION (Partie réservée à l'établissement hospitalier)

Pathologie	Date d'entrée	Date de sortie	Montant des débours en chiffres	Montant des débours en lettres	Cachet de l'établissement