



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE HOSPI CHIRURGICALE

DMHC0089/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade :

Date et lieu de naissance : -

Code assuré (matricule) :

Type d'intervention :

Date d'entrée :

Date probable de sortie :

Montant total:

FCFA

Part LDF groupe :

FCFA

N.B :

- validité du bon : une (1) semaine
- **Pour toute prolongation de l'hospitalisation du malade, veuillez transmettre l'avis de prolongation à LDF groupe 24 heures avant.**
- **Le présent bon doit être joint à la facture**
- **Joindre le compte rendu médical et le compte rendu opératoire au dépôt de la facture.**
- **DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX NUMEROS SUIVANTS :**

- **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**
- **TEL : 49 72 40 17**
52 84 52 52

Fait à Abidjan, le

Cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE ACCOUCHEMENT

DMA 0033/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade :

Date et lieu de naissance :

Code assuré (matricule) :

Type d'intervention :

Durée d'hospitalisation :

Date d'entrée :

Date probable de sortie :

Montant total :

FCFA

Part LDF groupe :

FCFA

N.B :

- validité une (1) semaine
- **Pour toute prolongation de l'hospitalisation du malade, veuillez transmettre l'avis de prolongation à la M.S.A.L.D.F.G 24 heures avant.**
- **Le présent bon doit être joint à la facture**
- **Joindre le compte rendu médical et/ou le compte rendu opératoire au dépôt de la facture.**
- **DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX NUMEROS SUIVANTS :**

- **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**

- **TEL : 49 72 40 17
52 84 52 52**

Fait à Abidjan, le

cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE EXAMEN

DME 00500/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade bénéficiaire :

Date et lieu de naissance :

Code assuré (matricule) :

Employeur :

Examen demandé :

Motif :

Taux de prise en charge :

N.B :

- Le présent bon doit être joint à la facture ;
- DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX NUMEROS SUIVANTS :

- **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**

- **TEL : 49 72 40 17**

52 84 52 52

Fait à Abidjan, le

Cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE HOSPI MEDICALE

DMHM 0854/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

.

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade hospitalisé :

Date et lieu de naissance : -

Code assuré (matricule) :

Motif d'hospitalisation:

Durée d'hospitalisation:.....

Date d'entrée :

Date probable de sortie :

Plafond chambre par jour :

Taux de prise en charge :

Ticket modérateur :

N.B :

- Pour toute prolongation de l'hospitalisation du malade, veuillez transmettre l'avis de prolongation à M.S.A.L.D.F.G groupe 24 heures avant.
- Le présent bon doit être joint à la facture
- DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX NUMEROS SUIVANTS :

- E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com
- TEL : 49 72 40 17
52 84 52 52

Fait à Abidjan, le

Cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE LUNETTERIE

DML 0573/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

...

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade bénéficiaire :

Code assuré (matricule) :

Motif :

Montant Total :

FCFA

Part LDF groupe :

FCFA

N.B :

- **ANTI REFLET ET PHOTOGRAY NON GARANTIS**
- Le présent bon doit être joint à la facture
- **DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX MAILS ET NUMEROS SUIVANTS :**
 - **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**
 - **TEL : 49 72 40 17**
52 84 52 52

Fait à Abidjan, le 19 Décembre 2014

Cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

BON DE PRISE EN CHARGE SOINS DENTAIRES

DMSD0113/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

Nom de l'assuré principal :

Nom du malade bénéficiaire :

Date et lieu de naissance : -

Code assuré (matricule) :

Type de soins :

Coût total de l'acte:

Part LDF groupe :

N.B :

- Le présent bon doit être joint à la facture
- DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX NUMEROS SUIVANTS :

- **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**

- **TEL : 49 72 40 17
52 84 52 52**

Fait à Abidjan, le

Cachet du Médecin Conseil



MUTUELLE SANTE DES AGENTS DE LA LIBRAIRIE DE FRANCE GROUPE

**BON DE PRISE EN CHARGE
MISE EN OBSERVATION**

DMO 0012/05-2020

Le présent bon est délivré à l'établissement conventionné ci-après :

.....

Nom de l'assuré :

Nom du malade :

Date et lieu de naissance : -

Code assuré (matricule) :

Motif de la MEO :

Date d'entrée :

Date probable de sortie :

Plafond chambre :

Fcfa

Taux de prise en charge :

%

Ticket modérateur :

%

N.B :

- Pour toute prolongation de la MEO du malade, veuillez transmettre l'avis de prolongation à la M.S.A.L.D.F.G 24 heures avant.
- Le présent bon doit être joint à la facture
- DESORMAIS VOUS POUVEZ JOINDRE LE DEPARTEMENT MEDICAL ET FAIRE PARVENIR VOS DEMANDES AUX MAILS ET NUMEROS SUIVANTS :

- **E-MAIL : assum.sante@ldfgroupe.com**
- **TEL : 49 72 40 17
52 84 52 52**

Fait à Abidjan, le

Cachet du Médecin Conseil