

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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Pathologie 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.

Optique :

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

Educations :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Maladie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0014582

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7690 Société : RMA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hicham Aicha Date de naissance : 01.01.50

Adresse : 2 rue Bin Assadoun HgS Salam Casablanca

Tél : 0582360703 Total des frais engagés : 1100, Plus

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 / 07 / 2019

Nom et prénom du malade : M^{me} EL HAQUI AICHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 : 2209 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :




RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
	16/07/19	35	Composite	D ₁₀	
	18/07/19	36	Composite	D ₁₀	
	23/07/19	47	Composite	D ₁₀	

Coefficient
DES TRAVAUX

D₃₀

MONTANTS
DES SOINS

1000 ad

DEBUT
D'EXECUTION

16/07/2019

FIN
D'EXECUTION

23/07/2019

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nora FAYD Cabinet dentaire

Docteur en médecine dentaire

Diplômée des facultés de Paris et de Dijon
orthodontie, parodontie, soins dentaires,
prothèse et blanchiment

نورة فايد

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية باريس و ديجون
علاج و تقويم و ترميم الأسنان، علاج أمراض
اللثة و تبييض الأسنان

23/07/2019

FACTURE DE SOINS DE
D^{re} EL HAQUIQUI AÏCHA

24 SEP. 2019

Composite 35 - 36 - 47

Total Honoraires = 100 000

Dr. Nora FAYD
22, Bd. Oued Baht, 1^{er} Etage
El Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 93 07 61

N°22, Boulevard Oued Baht 1^{er} étage Oulfa
Casablanca.

Tél.:

022.93.07.61 / 012.14.47.44

E-mail :

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22، شارع وادي بهت الطابق الأول

الألفا الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :