

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Prothèse :

- 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° P19-0020243

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZNIBER Deltam Date de naissance : 9-5-50
 Adresse : B. de la Gde Ceinture Des. el Neng 243 M. D. R. B.
 Tél. : 0661 340218 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ZNIBER Deltam Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement parodontaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
	45	R	D4														
	45	R	D15														
	45	R	D11														
	44	D	D12														
	43	D	D12														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>559</p> </div> <div> <p>Montants des Soins</p> <p>1200,00</p> </div> </div>																	
<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>07/01/19</p>																	
<p>FIN D'EXECUTION</p> <p>08/01/19</p>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
G																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		<p>DATE DU DEVIS</p> <p> </p>															
<p>PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>		<p> </p>															

Docteur Driss El Yacoubi

Chirurgien Dentiste

Diplômé de l'U.E.R.
d'Odontologie de Toulouse

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور دريس البعقوني

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب للأسنان بتولوز

بالميعاد

Casablanca, le في الدار البيضاء،

FACTURE

Concernant M. *Zineb Bel*

Pour soins effectués du *7/8/18* au *8/8/18*

Soins Dentaires :

Prothèses Dentaires :

Total

Acompte

Reste

A votre aimable règlement

Payé par
Montant

14, شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 08 08 35 05 45 / 0522 27 01 53

14, Bd. Zerktoni - (1er étage) - Casablanca - Tél. : 0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45 - ICE : 001681923000084

INP : 0094009297 - E-mail : drelyacoubi@hotmail.com