

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Dentaire :

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 : ZNI BER Daltam Date de naissance : 9-5-50

Adresse : Bn de la Cd de l'entune Rr. el Denech 3 n°100

Tél. : 0661340218 Total des frais engagés : 13.000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZNI BER Daltam 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 : Carap

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Chet et signature du atoire 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES

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

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de implants dentaires.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

## [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISAS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur Driss El Yacoubi

Chirurgien Dentiste

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

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور دريس اليعقوبي

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب للأسنان بتولوز

بالميعاد

Casablanca, le .....

8/11/13

الدار البيضاء، في

FACTURE

Concernant M .....

Pour soins effectués du .....

2013 au 8/11/13

Soins Dentaires :

13000

Prothèses Dentaires :

Total .....

Acompte .....

Reste .....

Pays par  
Montant

A votre aimable règlement

Dr. Driss EL YACOUBI  
Chirurgien Dentiste  
4 Bd Zerkouni - Casablanca  
0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45  
0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45

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

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

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