

# 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.

## 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 :

La facture 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 réductions.

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

## Prothèses :

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.

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

## Maladie Chronique et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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



4252

D

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7670

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHABIBA KHALID Date de naissance : 01.07.1963

Adresse : LOT HAB FATH N° 25 LOT 05 OULFA

Tél : 0663249474 Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hamid F TINE

Chirurgien Dentiste

64 Bd d'Afghanistan - 90000 Casablanca

Tel : 90-22-52 - 62

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05.10.2019

Nom et prénom du malade : CHABIBA Age : 57

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 : Le : 09 OCT. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Rapporteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficents	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 FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	1 8	18x	D20	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  D24
	1 8	18x	D4	
				MONTANTS DES SOINS  6000
				DEBUT D'EXECUTION  05.10.10
				FIN D'EXECUTION  06.10.10
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX  
				MONTANTS DES SOINS  
				DATE DU DEVIS  
				DATE DE L'EXECUTION  

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  
	[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

**Dr. Hamid FATINE**

Chirurgien Dentiste

Implantologue

Ex. Chirurgien dentiste des F.A.R

الدكتور حميد فاتين  
طبيب جراحي للأسنان  
اختصاصي في زرع الأسنان  
طبيب جراحي للأسنان  
بالقوات الجوية الملكية سابقا

Casablanca, le ..... 05/10/12 الدار البيضاء، في

Hamid  
Fatine

Fatine

Dr. Hamid Fatine 28 ans

Chirurgien Dentiste

54 Bd d'Afghanistan - Hay Hassani



54، شارع أفغانستان - الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 90 22 92

54, Bd. d'Afghanistan Hay Hassani - CASABLANCA - Tél. : 0522 90 22 92

N° d'ordre : 1181 - Patente : 35001092