

# 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.

## Diagnostique 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.

## Rééducation :

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.

## Radio :

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.



Radio voir  
PEC / Médecin  
Dr SAADI

Dentax  
Doss n° 5791

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001400

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed Date de naissance : 07.01.1973  
Adresse : Résid. Al Wiam 7ème Et. N°7 DULFA Coso  
Tél : 06 61 2013 36 Total des frais engagés : 200 \$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2019  
Nom et prénom du malade : M. Marnissi Ahmed Age : 26  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Consultation  
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 Le : 22/10/2019  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL




## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du 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
	22.10.19	30	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

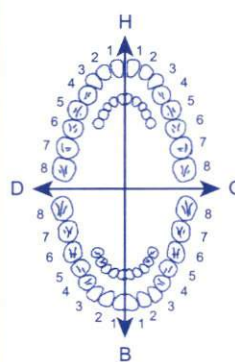
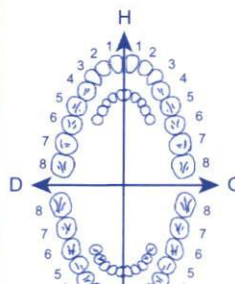
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Consultation	cp	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="cp"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="250"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="22/10"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

# Ordonnance

Docteur Nadia SAADI  
CHIRURGIEN DENTISTE

2, Rue Socrate

3<sup>ème</sup> étage App. 7 - Casablanca  
Tél : 05 22 27 22 78

Le 22/10/2019

N<sup>r</sup> Narniss Ahmed

Rx panoramique

Casablanca, le 22/10/2019

IF : 2221555

**Facture N° 3714/10/2019**

**Nom patient : MARNISSI AHMED**

**Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE**

**Date Examen(s) : 22/10/2019**

**Montant : 200 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
DEUX CENTS DIRHAMS**

Casablanca, le .....  
**22/10/2019**

**PATIENT : MARNISSI AHMED**  
**MEDECIN TRAITANT : DR SAADI NADIA**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RX PANORAMIQUE**

**Cher Docteur,**

**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

### **Rx PANORAMIQUE DENTAIRE**

#### **Examen fourni sur film et CD-RW**

- ❖ Parodontopathie horizontale évoluée et diffuse.
- ❖ Clarté péri apicale de 13 et 18.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres, avec procidence du sinus maxillaire droit.
- ❖ Absence d'anomalie osseuse.

**Confraternellement**  
**DR O.ALAMI**