

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



RID
N°D: 13000

Déclaration de Maladie

N° P19- 0026443

~~ACCIDENT~~

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3132 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMID BARRI

Date de naissance :

Adresse : Hay el Massira emt d^e 8

Tél. : 0664212762 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ATTANIGAN TWAÏTA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DENTISTE MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : / /

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer ces 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 : / /

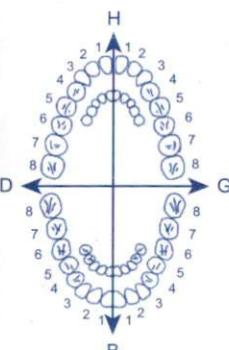
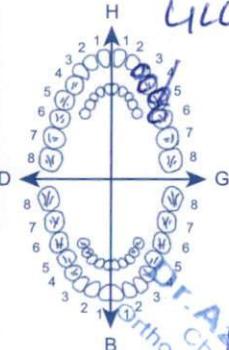
Signature de l'adhérent(e) :

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						
			<div style="text-align: center;"> DR KABAB Médical ZIZI Fatima </div> <div style="margin-top: 10px;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX 74 DEC. 2015 </div> <div style="margin-top: 10px;"> MONTANTS DES SOINS </div>						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;"> 00000000 35533411 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;"> 00000000 11433553 </td> </tr> </table>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	00000000 35533411		00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX (D₁₈ x 4).
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000								
00000000 35533411									
00000000 11433553									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS #10000	DATE DU DEVIS 13/12/19						
DR AZIZ MECHIANA Orthodontiste - Chirurgien Dentiste - Implantologique Tél: 05 22 60 80 77	DATE DE L'EXECUTION 28/12/19	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS DR AZIZ MECHIANA Orthodontiste - Chirurgien Dentiste - Implantologique Tél: 05 22 60 80 77	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION DR AZIZ MECHIANA Orthodontiste - Chirurgien Dentiste - Implantologique Tél: 05 22 60 80 77						

Docteur Aziz Mechaïa

Chirurgien Dentiste

Orthodontiste

الدكتور عزيز مشياع

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

Casablanca, le 27/12/19

ICE : 0016 0086 3000093

INF : 31800052

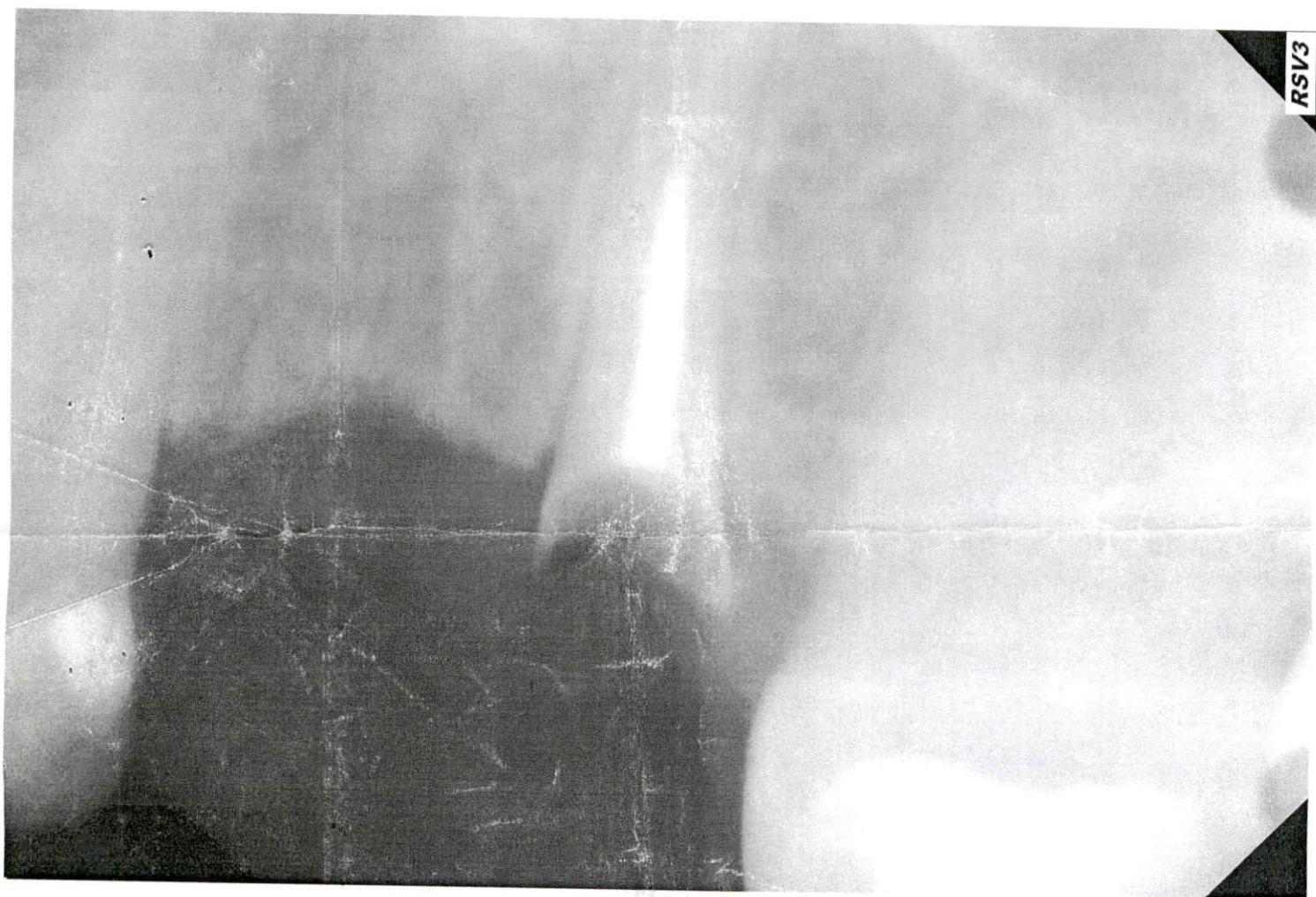
Janine Lur. ATTouigian NAIORA

Prothèse dentaires : 10000 - DH

avant la livraison Janine à la une

de 20000 DH





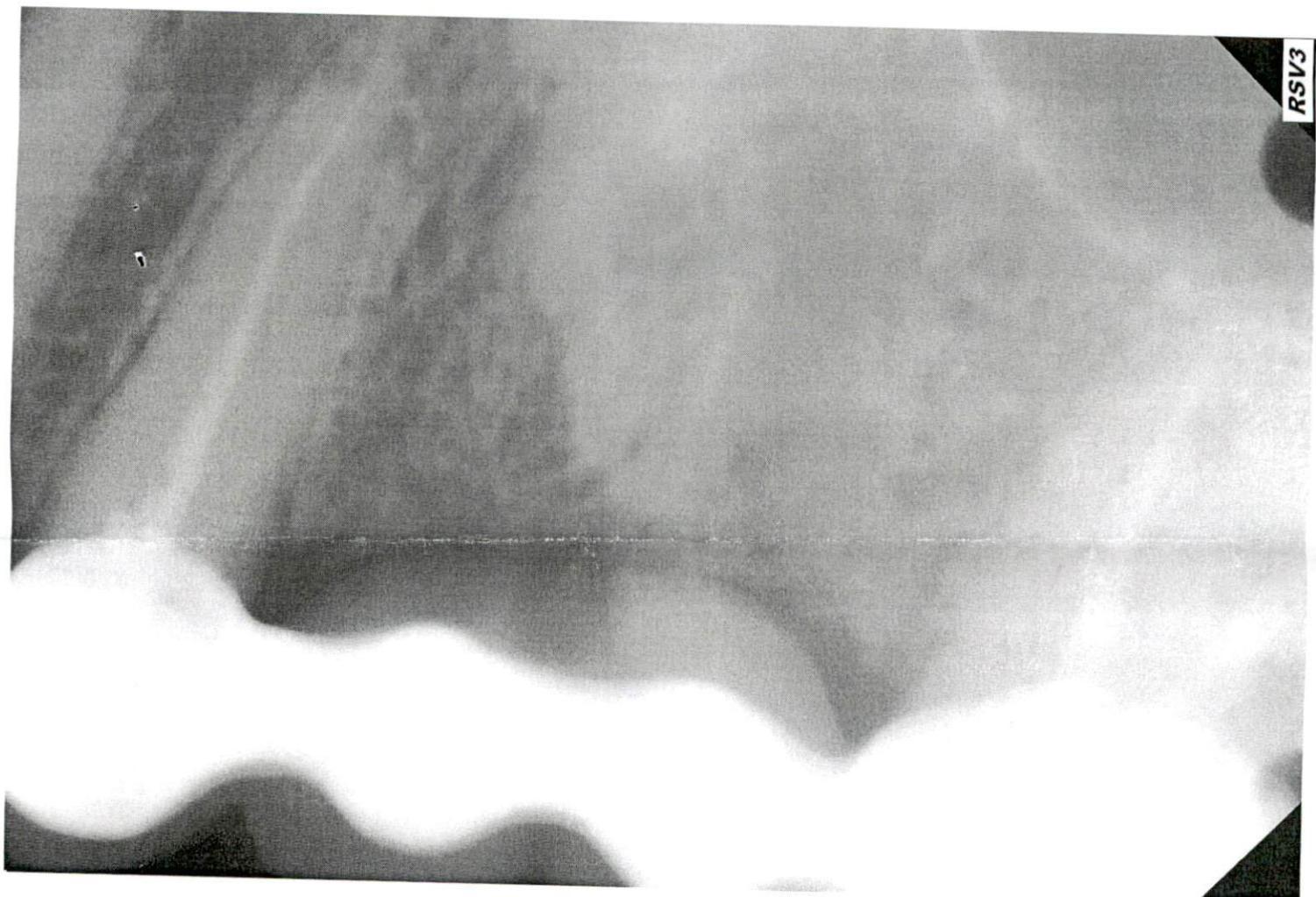
RSV3

Date de prise du cliché : 29/07/2019

Dents : 24-26

Commentaires :

Dr. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77



Date de prise du cliché : 27/12/2019

Dents : 23-26

Commentaires :

Dr. AZIZ MECHAIA
Orthodontiste - Chirurgien Dentiste
Télé: 0522 60 80 77
Orthodontist - Surgeon Dentist
Dr. AZIZ MECHAIA