

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.

radiologie 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.

dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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- 0010943

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8985 Société :

Actif

Pensionné(e)

RID

15672

Autre :

Nom & Prénom : MENKA HARRY Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/1/2020

Nom et prénom du malade : Macha msk K.R

Age: 19

Lien de parenté :

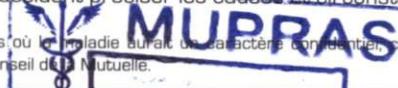
Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : les soins de Taine

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 que les renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 055

Le : 08 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

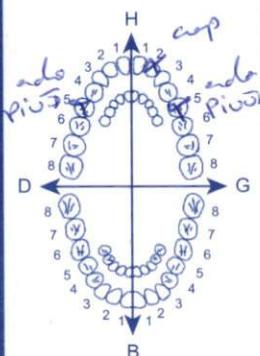
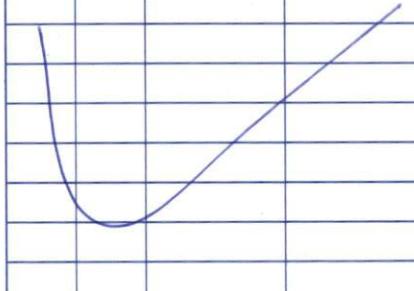
ACCUEVA

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	1	Consultation	D ₆	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D 137</div>
	25	Traitement de Racine	D ₁₅	
	15	Traitement de Racine	D ₁₅	
	22	Caponto	D ₁₅	
	25	obturado Piro	D ₃₃	
	15	obturado Piro	D ₃₃	
				
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">5200</div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">6/11/2020</div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">7/11/2020</div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"></div>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H				
25533412		21433552		
00000000		00000000		
D 00000000 35533411		G 00000000 11433553		
B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. PINTO Karen
Chirurgien Dentiste
 131, Bd d'Anfa - Casablanca
 karen.pinto.assayag@gmail.com

Docteur Karen Pinto

Chirurgien Dentiste
Diplômée de l'Université de Montréal
D.U. Implantologie Paris Evry
131, Bd d'Anfa Casablanca
4^{ème} étage
Tél. cabinet : 0522 20 26 12

Casablanca 7/01/2020

Mlle Menkor Maha

Consultation :200dh
Traitement de racine sur la 15 :1000dh
Traitement de racine sur 25 :1000dh
Composite sur la 22 :700dh
Obturation pivot sur la 15 :1300dh
Obturation pivot sur 25 :1300dh

Montant réglé à ce jour : 5500dh

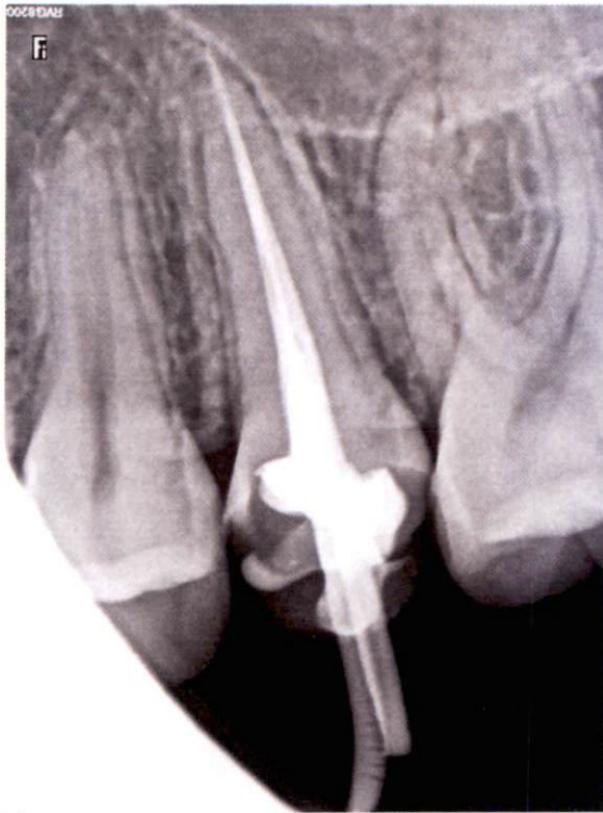
Fait pour valoir a qui de droit

Dr. PINTO Karen
Chirurgien Dentiste
131, Bd d'Anfa - Casablanca
karen.pinto.assayag@orange.com



User

MENKOR MAHA 06/01/2020 # 25



Karen

Dr. PINTO Karen
Chirurgien Dentiste
131, Bd d'Anfa - Casablanca
karen.pinto.assayag@gmail.com



Dr. PINTO Karen
Chirurgien Dentiste
131, Bd d'Anta - Casablanca
Karen.pinto.assayag@gmail.com

Dr. PINTO Karen



Karen
Dr. PINTO
Dentiste
Chirurgien Dentiste
131, Bd d'Anfa - Casablanca
Karen.pinto.assayef@gmail.com

User

MENKOR MAHA 07/01/2020 # 25

Karen St

